



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## Relaxação na gestão do stresse

Estudo de impacto de um programa de intervenção aplicado a  
assistentes operacionais dos agrupamentos de escolas da Câmara  
de Sintra

Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de Mestre em Reabilitação  
Psicomotora

**Orientador:** Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

**Júri:**

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Teresa Margarida Catro Patrone de Abreu Cotrim

Vanessa Cristina Gonçalves Lameira

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pelo amor, confiança e todos os valores transmitidos ao longo da minha educação que contribuíram para nunca desistir nos momentos de insegurança;

Ao meu marido, companheiro, confidente e melhor amigo Tiago, pelo apoio, suporte, paciência, compreensão e partilha de conhecimentos essenciais para a realização deste trabalho;

Ao Prof. Doutor Rui Martins, pela oportunidade em poder realizar este trabalho, pela paciência, orientação, estímulo à aprendizagem e motivação;

À Prof. Doutora Celeste Simões, não apenas pela dedicação, seriedade e apoio durante a realização da análise estatística do estudo, mas também por todas as oportunidades concedidas durante o meu percurso académico;

À Dra Ana Sofia Janicas, pela simpatia e disponibilidade;

Às colegas, Ana Cardoso, Joana Alves e Sara Duarte, pela troca de experiências, conhecimento e suporte ao trabalho tanto prático como teórico;

E a todas as assistentes operacionais que participaram neste estudo, pelo carinho, alegria, confiança, compreensão e partilha de momentos únicos.

# ÍNDICE

ÍNDICE .....	3
ÍNDICE DE IMAGENS .....	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	7
RESUMO .....	8
ABSTRACT .....	9
I. INTRODUÇÃO .....	10
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	13
2.1. Stresse .....	17
2.1.1. Ansiedade .....	21
2.1.2. Stresse Ocupacional .....	22
2.1.3. Vulnerabilidade ao stresse .....	26
2.1.4. Imagem Corporal .....	29
2.1.5. Satisfação Profissional .....	32
2.2. Gestão do Stresse .....	35
2.2.1. Relaxação .....	37
III. METODOLOGIA .....	42
3.1. Objetivos do estudo .....	42
3.2. Hipóteses a testar .....	42
3.3. Amostra .....	43
3.4. Variáveis .....	45
3.5. Instrumentos .....	45
3.6. Procedimentos .....	49
3.6.1. Seleção da amostra .....	49
3.6.2. Design Experimental .....	49
3.6.3. Recolha de dados .....	50
3.6.4. Aplicação do programa .....	50
3.6.5. Análise dos Resultados .....	61
IV. RESULTADOS .....	62
V. CONCLUSÃO .....	79
5.1. Limitações e Recomendações .....	80
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82
VII. ANEXOS .....	107

7.1.	Anexo I – Tabela de Artigos (Síntese) .....	107
7.2.	Anexo II – Instrumentos.....	123
7.2.1.	Questionário Geral sobre as Condições de Saúde.....	123
7.2.2.	Escala de Satisfação Profissional.....	126
7.2.3.	Questionário de Autoavaliação – Inventário da Ansiedade Estado-Traço (STAI Forma Y-1 e Forma Y-2).....	137
7.2.4.	Questionário da Forma Corporal (QFC) .....	139
7.2.5.	Questionário de Vulnerabilidade ao stress (23 QVS) .....	141
7.3.	Anexo III – Consentimento Informado.....	143
7.4.	Anexo IV – Ficha de Registo da Expressão Verbal .....	145
7.5.	Anexo V – Organização das Sessões.....	147
7.6.	Anexo VI – Ficha de Registo das Medições Fisiológicas.....	152
7.7.	Anexo VII – Localização de Tensões .....	155

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Sugestão de Critérios de exclusão e inclusão para seleção das amostras.	43
Tabela 2 - Caracterização demográfica da amostra.....	45
Tabela 3 - Organização das Sessões .....	53
Tabela 4 - Frequência e Percentagem relativas à idade, alimentação, atividade física e IMC.....	62
Tabela 5 - Teste de Wilcoxon para as medidas fisiológicas entre o início e fim das 15 sessões .....	69
Tabela 6 - Score da mediana relativo às medidas fisiológicas entre o início e fim das 15 sessões .....	70
Tabela 7 – Correlação linear de Pearson entre as variáveis imagem corporal (QFC) e IMC.....	70
Tabela 8 - Correlação de Spearman entre imagem corporal (QFC) e tipo de alimentação .....	71
Tabela 9 - Teste de Wilcoxon para a ansiedade-estado (STAI-Y1), ansiedade-traço (STAI-Y2), imagem corporal (QFC), vulnerabilidade ao stresse (QVS) e satisfação profissional (SP) entre a pré e pós-intervenção .....	72
Tabela 10 - Score da mediana da ansiedade-estado (STAI-Y1), ansiedade-traço (STAI-Y2), imagem corporal (QFC), vulnerabilidade ao stresse (QVS) e satisfação profissional (SP) na pré e pós-intervenção .....	73
Tabela 11 - Correlação de Pearson entre ansiedade-estado (STAI-Y1), ansiedade-traço (STAI-Y2), imagem corporal (QVS), vulnerabilidade ao stresse (QVS) e satisfação profissional (SP).....	78

## ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - Seleção da Amostra.....	44
Imagem 2 - Design Experimental.....	50

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Valor da média da Frequência Respiratória nas 15 sessões .....	63
Gráfico 2 - Diferença entre o Momento Inicial (MI) e o Momento Final (MF) da Frequência Respiratória nas 15 sessões .....	64
Gráfico 3 – Valor da média da Frequência Cardíaca nas 15 sessões .....	65
Gráfico 4 – Diferença entre o Momento Inicial (MI) e o Momento Final (MF) da Frequência Cardíaca nas 15 sessões .....	65
Gráfico 5 - Valor da média da Tensão Arterial Sistólica nas 15 sessões.....	66
Gráfico 6 – Diferença entre o Momento Inicial (MI) e o Momento Final (MF) da Tensão Arterial Sistólica nas 15 sessões.....	67
Gráfico 7 - Valor da média da Tensão Arterial Diastólica nas 15 sessões.....	67
Gráfico 8 – Diferença entre o Momento Inicial (MI) e o Momento Final (MF) da Tensão Arterial Diastólica nas 15 sessões .....	68

## RESUMO

O stress ocupacional surgiu como uma das principais consequências de um conjunto de transformações económicas e sociais da sociedade moderna. Face a este contexto, este estudo foi realizado com o objetivo de verificar os efeitos do programa elaborado nos níveis de stresse, ansiedade, vulnerabilidade ao stresse, imagem corporal e satisfação profissional num grupo de 19 assistentes operacionais que trabalham nos agrupamentos de escolas do Concelho de Sintra. Neste sentido, foram avaliados os níveis de ansiedade através do STAI Forma Y-1 e Forma Y-2, satisfação profissional com a Escala de Satisfação Profissional, vulnerabilidade ao stresse com o 23 QVS, imagem corporal com o QFC e também utilizou-se o Questionário Geral sobre as Condições de Saúde e o registo das medidas fisiológicas. O programa de intervenção foi realizado durante 5 meses, 1 vez por semana, com a duração de 60 minutos. Os resultados mostram que houve uma diminuição estatisticamente significativa do valor da FR e da FC após o programa e uma diminuição da Tensão Arterial Diastólica entre o início e o fim do programa. E é também possível verificar que houveram reduções estatisticamente significativas entre as variáveis ansiedade, imagem corporal e vulnerabilidade ao stresse e um ligeiro aumento da satisfação profissional depois do programa de intervenção.

Palavras-chave: Stresse, Stresse ocupacional, Ansiedade, Vulnerabilidade ao stresse, Satisfação Profissional, Imagem Corporal, Gestão do Stresse, Relaxação



## **ABSTRACT**

Occupational stress has emerged as one of the main consequences of a set of social and economic transformations of modern society. Given this context, this study was conducted in order to verify the effects of the elaborated programme regarding the levels of stress, anxiety, vulnerability to stress, body image and job satisfaction in a group of 19 operational assistants who work in the schools of Sintra's municipality. In this sense, anxiety levels were evaluated through STAI Form Y-1 and Form Y-2, job satisfaction with the Job Satisfaction Scale, vulnerability to stress with 23 QVS, body image with QFC and has also been used the General Survey on the health conditions and the registration of physiological measures. The intervention program was held during 5 months, 1 day a week, with a duration of 60 minutes. The results show that there was a statistically significant decrease in the value of the FR and FC after the program and a decreased of diastolic blood pressure between the beginning and end of the program. And it is also possible to verify that there were statistically significant reductions between variables anxiety, body image and vulnerability to stress and a slight increase in job satisfaction after the intervention program.

Keywords: Stress, Occupational Stress, Anxiety, Stress Vulnerability, Body Image, Job Satisfaction, Stress Management, Relaxation

## I. INTRODUÇÃO

As situações de stresse ocorrem diariamente e em todas as fases do desenvolvimento humano. Estas situações variam de magnitude, duração e impacto, mas que vão exigir uma capacidade de adaptação por parte do indivíduo às mudanças não só do meio social e contextual, mas também das resultantes do processo de desenvolvimento físico e psicológico individual. De facto, todas as as pessoas, decorrentes das suas vivências, experienciam situações de frustração, perda, desafios e/ou conflitos em suas vidas (Sridevi & Maheswar, 2015).

O stresse, a ansiedade e a imagem corporal são conceitos que relacionam-se entre si, por um lado porque os acontecimentos de vida stressantes despoletam no ser humano estados de ansiedade elevados, e, por outro lado, quando um indivíduo está insatisfeito com o seu corpo ou com uma parte deste, os níveis de ansiedade e stress tendem a aumentar, ficando a imagem corporal afetada. Indivíduos com níveis elevados de ansiedade/stress, tendencialmente apresentam valores elevados na escala imagem corporal, verificando-se assim uma pior imagem corporal (Slevec & Tiggemann, 2011).

Assim, este estudo surge no âmbito de um protocolo de parceria celebrado em 2007 entre a Faculdade de Motricidade Humana e a Câmara Municipal de Sintra (CMS), pela equipa do Programa Reges - Relaxação e Gestão do Stresse, e pela Divisão de Segurança e Saúde no Trabalho, respetivamente.

O Programa Reges tem como principal objetivo caracterizar alguns aspetos ligados à condição de vida dos indivíduos, nomeadamente condições de saúde, níveis de stresse e ansiedade, e níveis de satisfação profissional e satisfação com a imagem corporal, expressos pelos profissionais da Câmara Municipal de Sintra, procurando dessa forma contribuir para a prevenção e gestão do stresse em meio ocupacional.

O presente estudo corresponde a uma terceira investigação do Programa Reges, e pretende produzir conhecimento científico no âmbito do stresse ocupacional, permitindo perceber de que forma as variáveis estudadas se relacionam entre si, tentando identificar e explicar as consequências do stresse, quer no indivíduo, quer na organização, assim como também abordar as intervenções existentes com o objetivo de prevenir e/ou amenizar as respetivas consequências.

Nas últimas décadas as sociedades têm estado envolvidas num conjunto de transformações económicas e sociais a um ritmo cada vez mais acelerado, conduzindo as empresas a adoptarem novos modelos de gestão (Asmar & Ferreira, 2008). O stress ocupacional surge como uma das principais consequências deste contexto, sendo alvo de bastante atenção por parte dos investigadores. Estima-se que

os indivíduos passem cerca de um terço das horas em que estão acordados no trabalho, portanto, o trabalho surge como um local e uma atividade essencial e dele criam expectativas de obtenção e experiencição de dimensões positivas. No entanto, nem sempre o trabalho contribui para o bem-estar dos trabalhadores, tendo repercussões negativas não só para sua saúde como também para a organização.

Com o intuito de manter os trabalhadores saudáveis e ter um impacto positivo, direto e quantificável na produtividade e na saúde do trabalhador, foi desenvolvido um programa de gestão de stress com o intuito de proporcionar recursos/habilidades para a gestão do stress relacionado com o trabalho, de modo a perceber o efeitos do programa nas variáveis estudadas. Assim, foi realizado um estudo quasi-experimental, utilizando a estatística descritiva e inferencial (comparações e correlações) para uma amostra relacionada de medidas não-paramétrica. As medidas foram feitas antes e no final do programa de intervenção a um grupo experimental para verificar os efeitos do programa de intervenção nas variáveis stress, ansiedade, imagem corporal, vulnerabilidade ao stress e satisfação profissional. O programa de intervenção teve como objetivos gerais desenvolver a consciencialização da respiração assim como a sua auto-regulação, desenvolver a consciência global da passividade/tensão, desenvolver a capacidade de auto-concentração, desenvolver a consciência da relação entre o corpo e os estímulos externos, promover a consciência corporal global e segmentar, promover a relação com o objeto e com o outro e promover a auto-regulação tónica. Para a recolha de dados foram utilizados os instrumentos Questionário Geral sobre as Condições de Saúde, Escala de Satisfação Profissional, Questionário de Autoavaliação – Inventário da Ansiedade Estado-Traço (STAI Forma Y-1 e Forma Y-2), Questionário da Forma Corporal (QFC) e Questionário de Vulnerabilidade ao stress (23 QVS).

Este estudo foi desenvolvido com profissionais da área da educação, nomeadamente assistentes operacionais educativos. Além da área educativa, a maioria dos estudos portugueses disponíveis sobre a problemática do stress, são realizados com populações ligadas à área da saúde e área social.

Assim, este estudo tem como objetivos:

- Estudar o impacto de um programa de intervenção para a gestão do stress recorrendo a técnicas de relaxação;
- Verificar os efeitos deste programa nas variáveis stress ocupacional, ansiedade, vulnerabilidade ao stress, imagem corporal e satisfação profissional evidenciados pelas assistentes operacionais.

Desta forma, o presente estudo encontra-se organizado em sete partes, onde na primeira parte é apresentada uma revisão da literatura e desenvolvimento dos conceitos de stresse, stresse ocupacional, ansiedade, vulnerabilidade ao stresse, imagem corporal e satisfação profissional, sendo também abordado os conceitos de gestão do stresse, onde é apresentada as intervenções existentes utilizadas para a gestão do stresse ocupacional e também a relaxação. A segunda parte é dedicada a definição do problema e os objetivos do estudo desenvolvido, seguido pela caracterização da metodologia do estudo, nomeadamente caracterização da amostra assim como os critérios de inclusão e exclusão, instrumentos utilizados e os procedimentos de forma a atingir os objetivos formulados inicialmente, seguindo-se pela apresentação e discussão do resultados obtidos e, por último, a conclusão, recomendações a fazer, tendo em conta as variáveis estudadas e as referências bibliográficas que sustentam toda a informação que se encontra neste trabalho.

## II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente, nos países industrializados, são inúmeras as transformações experienciadas pelas organizações, a um ritmo cada vez mais acelerado não só fruto do desenvolvimento tecnológico e implementação destes nos ambientes organizacionais, como também a grande reestruturação de muitos locais de trabalho devido ao aumento da competitividade, pressão temporal e instabilidade económica (Lima, 2003).

Em virtude destas modificações, haverá um aumento dos níveis de insegurança, insatisfação profissional e desemprego, tornando-se difícil de responder de forma ativa às pressões e às exigências e manter simultaneamente um equilíbrio emocional e psicológico do trabalhador, como também a produtividade e sustentabilidade da própria organização (Pereira, 2011). Desta forma, o stress ocupacional surge como uma das principais consequências deste contexto.

Na literatura existem estudos que procuram explorar e compreender melhor a relação entre stress e ansiedade (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Bastani, Hidarnia, Kazemnejad, Vafaei & Kashanian, 2005). Importa mencionar que alguns autores (Endler & Kocovski, 2001; Shin & Liberzon, 2010) defendem que o stress é um fator determinante no desenvolvimento e persistência das perturbações da ansiedade, já que quando um indivíduo se depara com um acontecimento stressante, uma das respostas naturais do ser humano é o aumento dos níveis de ansiedade. A este respeito, Benner Carson (2000, citado por Bastani, Hidarnia, Kazemnejad, Vafari e Kashanian, 2005) defende que a ansiedade é uma dimensão do stresse.

A resposta a uma situação de ameaça (stresse) irá desencadear um desequilíbrio na homeostasia do organismo, deixando-o mais enfraquecido e vulnerável ao aparecimento de doenças, podendo ocorrer manifestações psicopatológicas diversas como a ansiedade em reação ao stresse (Lipp & Malagris, 2001)

Os autores O'Connor, Rasmussen & Hawton (2010) salientam que os acontecimentos de vida stressantes são um bom preditor de ansiedade, pois indivíduos que apresentam elevados níveis de ansiedade tendencialmente descrevem inúmeros acontecimentos de vida que desencadearam stress. O estudo de Hoboubi, Choobineh, Ghanavati, Keshavarzi & Hosseini (2016) mostra que perigos físicos nos locais de trabalho pode estar associado com níveis elevados de ansiedade conduzindo este ao stresse ocupacional.

O stress também pode estar relacionado com a insatisfação corporal. O reconhecimento do corpo enquanto objeto proprioceptivo, possibilita a elaboração da

autoconfiança, autoestima e autocontrole. A construção de uma imagem corporal positiva exige uma autoavaliação favorável a nível afetivo, relativamente ao próprio corpo, e um sentimento de aceitação pelo outro, cujo efeito imediato é um sentimento de satisfação e segurança ou, pelo contrário, de insegurança e insatisfação (Martins, 2005). A este respeito, Murray, Byrne e Rieger (2011) verificaram que os indivíduos que reportam sintomas de stresse estão menos satisfeitos com a sua imagem corporal. A mesma relação foi constatada por Slevec e Tiggemann (2011), que no seu estudo comprovaram uma relação positiva entre os níveis de ansiedade e os valores de insatisfação com a imagem corporal.

O estudo de Grogan, Evans & Hunter (2004) mostra que os indivíduos de diferentes géneros e idades com uma imagem corporal positiva, apresentam sentimentos positivos sobre o “eu”, uma boa autoconfiança e um sentimento de poder e controlo em determinadas situações sociais, tendo estes tendência a gostar mais de si e do seu corpo e da sua imagem, e a sentir-se bem consigo próprio (Grogan, 2008).

Face a esta realidade, as expectativas não são superadas e as preocupações são elevadas, contribuindo para que a vulnerabilidade ao stresse seja significativamente elevada, conduzindo a diversas situações de stresse que poderá ter um impacto negativo na vida do indivíduo, podendo este estar propenso a depressão, ansiedade, baixa auto-estima, insatisfação profissional, insatisfação com o próprio corpo, entre outros (Dua, 1996 cit in Batigün & Sahin, 2006). Leher, Woolfolk e Sime (2007) consideram que os indivíduos mais vulneráveis estão mais propensos a experienciarem sintomas negativos e depreciativos sobre si próprios.

A satisfação profissional é uma emoção positiva de bem-estar decorrente da avaliação que o trabalhador faz da sua atividade laboral, de acordo com os seus valores relacionados com o trabalho, que são congruentes com as suas necessidades (Locke, 1976 cit in Dias, 2009). A satisfação surgirá em função da relação percebida entre o que o trabalhador espera obter e aquilo que ele obtém. Diversos estudos indicam uma forte relação entre o stress e satisfação profissional, em que elevados níveis de stress ocupacional está associado a baixos níveis de satisfação profissional (Hoboubi et al., 2016). O estudo de Aghdasi, Kiamanesh & Ebrahim (2011) mostra que o stresse ocupacional possui um impacto significativamente negativo na satisfação profissional e a satisfação profissional influencia positivamente o compromisso organizacional.

Em outro estudo sobre a influência do stress na satisfação profissional, Mateescu & Chraif (2015) demonstraram que a satisfação profissional possui uma correlação negativa com o stress autopercebido (self-perceived), isto indica que níveis baixos de satisfação profissional está associado ao aumento dos níveis de stress ocupacional.

Este estudo também confirma que a satisfação com a relação com os gerentes/supervisores tem uma correlação negativa com o nível de stress autopercibido, isto é, uma má relação com os gerentes/supervisores está associado a níveis elevados de stresse.

Alguns autores afirmam que a satisfação profissional pode afetar diretamente a produtividade, existindo uma relação de causa e efeito entre a satisfação e a produtividade. Desta forma, o stress ocupacional e satisfação profissional possui um impacto negativo na produtividade causando elevados custos para a empresa (Hoboubi et al., 2016).

Desta forma, o stresse, a ansiedade, imagem corporal, vulnerabilidade ao stress e satisfação profissional são conceitos que relacionam-se entre si, por um lado porque os acontecimentos de vida stressantes despoletam no ser humano estados de ansiedade elevados e que por sua vez apresentam determinadas características tornando-os mais vulneráveis a estes acontecimentos stressantes, e, por outro lado, quando um indivíduo está insatisfeito com o seu corpo ou com uma parte deste, os níveis de ansiedade e stress tendem a aumentar, ficando a imagem corporal afetada. Indivíduos com níveis elevados de ansiedade/stress, tendencialmente apresentam valores elevados na escala imagem corporal, verificando-se assim uma pior imagem corporal (Slevec & Tiggemann, 2011). Alguns autores identificam associações negativas entre satisfação no trabalho e variáveis como o stress e burnout, a depressão, a ansiedade e a baixa auto-estima (Martinez, Paraguay & Latorre, 2004; Ferro, Adriano, Palma, Quintino & Sousa, 2007).

É estimado que os indivíduos passem cerca de um terço das horas em que estão acordados no trabalho (Código do Trabalho, 2009) e para além de fornecer um suporte financeiro, também satisfaz as necessidades humanas básicas, como o contato social e sentimento de pertença, competência, confiança, auto-estima, podendo contribuir para o bem-estar físico e mental (Pereira, 2011). Portanto, o trabalho surge como um local e uma actividade importante para os indivíduos e dele esperam, e criam, expectativas de obtenção e experiencição de dimensões positivas.

Desta forma é essencial prevenir e superar as consequências negativas do stresse através do desenvolvimento e implementação de programas de intervenção de gestão do stresse (Minguez, 1995; Semmer, 2010).

De facto, existem na literatura (Organização Mundial da Saúde, 2010; 2013), alguns programas desenvolvidos para a gestão do stresse como a Terapia Cognitiva Comportamental (CBT), aconselhamento para a resolução de problemas, Psico-educação, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Terapia Farmacológica, Ativação Comportamental, Terapia por Contingência, Terapia ou

Aconselhamento Familiar, Psicoterapia Interpessoal e Terapia de melhoria motivacional. Também existem outros programas orientados para a promoção da saúde e para a gestão de stress baseada no controlo das emoções ou no suporte social, tais como, Relaxação Muscular Progressiva de Jacobson (Gómez, 2010; Kaspereen, 2012; Borges & Ferreira, 2013; Tsang, Cheung, Chan, Fung, Leung & Au, 2013; Chaudhuri, Ray, Saldanha & Bandopadhyay, 2014; Vasconcelos, 2014; Wild, Scholz, Ropohl, Bräuer, Paulsen & Burguer, 2014; Ramanpreet, 2015; Torabizadeh, Bostani & Yektatalab, 2016), Mindfulness (Pipe, Bortz, Dueck, Pendergast, Buchda e Summers, 2009; Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska & Rakel, 2013; Lan, Rahmat, Subramanian & Kar, 2014), Treino Respiratório (Goetz, Loew, Hornung, Cojocar, Lahmann & Tritt, 2013; Chicayban & Malagris, 2014), Yoga (Wolever, Bobinet, McCabe, Machenzie, Fekete & Kusnick, 2012), Hipnose, Treino Autógeno de Schultz (Kestenberg, Silva, Fabri, Silva, Rosa & Branco, 2014) e Método de Kaspereen (Christina, 2014). Estes programas, em geral, tem como objetivo compreender e reconhecer a natureza do stress de forma a desenvolver estratégias para a prevenção e enfrentamento do mesmo (Harris, 2011).

Todos os estudos mencionados anteriormente verificaram efeitos positivos nos grupos a que foram submetidos à prática da relaxação. A maioria dos indivíduos reportou melhorias nos valores relativos às variáveis estudadas, como por exemplo, diminuição do ritmo cardíaco, pressão arterial. Assim, uma grande parte dos estudos revela que os indivíduos tiveram melhorias nos estados de humor e satisfação profissional, um decréscimo nos índices de ansiedade, stress percebido e burnout, e alguns fazem também referência à diminuição dos índices de depressão e sintomas somáticos, aumentando também o controlo sobre as mesmas e resistência face às demandas ocupacionais.

Assim, o programa desenvolvido para além de ser o resultado da análise destes estudos, é também o enriquecimento de um leque de programas procurando através da descoberta e um aumento da consciência do corpo e da percepção corporal, possibilitar ao indivíduo uma maior capacidade para interpretar as reações do corpo contribuindo para uma obtenção de uma descontração reparadora, permitindo a supressão das tensões supérfluas e uma melhoria das capacidades vitais.

Desta forma, é importante perceber o conceito de stress, as suas dimensões e os seus aspectos positivos e negativos na vida de cada indivíduo.



## 2.1. Stresse

A palavra stresse provém do verbo latino *stringo* e significa apertar, comprimir, restringir. No século XIV surgem as primeiras referências ao stresse, deixando patente a ideia de aflição, dificuldade ou adversidade. Por volta do século XIX e XX o conceito evolui para aspectos relacionado com força, pressão e esforço (Serra, 2007).

O fisiologista norte-americano Cannon (1935), define o stresse como a quebra do equilíbrio entre os sistemas do organismo. Esta definição baseia-se no conceito de homeostasia referindo-se com a capacidade de manter o equilíbrio entre o ambiente interno e o ambiente externo. Este investigador mostrou que as reações fisiológicas podem ser provocadas tanto através dos estímulos físicos, como dos estímulos psicológicos (Praag, Kloet & Os, 2004). Outras abordagens definem o stress como um estímulo do ambiente (e.g. eventos traumáticos), relutante e prejudicial a todos os aspectos da vida do indivíduo (Serra, 2007).

Selye, considerado o impulsionador desta temática (Serra, 2007) afirma que o stress desenvolve-se em três fases: alarme, resistência e exaustão (1936). A forma como o corpo reage com o reconhecimento do agente stressor, levando a mobilização para lutar ou fugir, acionando defesas biológicas como aumento da tensão arterial, ritmo cardíaco e níveis de glicose, é denominado como Fase de Alarme, sendo caracterizado pelo aumento da produção de adrenalina e de noradrenalina devido a ativação da medula supra-renal pertencente ao Sistema Nervoso Autónomo, gerando energia e motivação. Nesta fase pode existir duas subfases: choque e contra-choque. O choque acontece quando “é mobilizado todos os recursos do organismo para enfrentar a agressão” (Graziani & Swendsen, 2007), ativando todos os mecanismos de defesa (Loureiro, 2006). Por outro lado, na fase de contra-choque, o organismo irá organizar os meios de defesa activa, apresentando uma elevada atividade por parte do córtex supra-renal (Graziani & Swendse, 2007).

A Fase de Resistência ocorre quando o organismo adapta-se às ameaças do meio e aos efeitos nocivos do stressor, tornando o organismo mais vulnerável aos efeitos nefastos de outros factores de stresse (Almeida, Brito-Costa, Alberty, Gomes, Lima & Castro, 2016). Esta fase pode ter uma duração mais ou menos longa e acarretar em uma sensação de desgaste generalizado sem causa aparente (e.g. dificuldades na memória) em função da resistência de cada indivíduo (ativação do córtex supra-renal) (Lipp, 2003; Morais, 2009; Gómez, 2010).

A última fase é denominada por Fase de esgotamento ou exaustão e nesta fase há um esgotamento da energia do organismo e enfraquecimento do sistema imunológico, estando o indivíduo mais vulnerável ao aparecimento de doenças (caracterizada pela

reativação terminal do sistema nervoso vegetativo e da medula supra-renal), podendo em casos extremos conduzir à morte (Lipp, 2003; Morais, 2009; Gómez, 2010).

Alguns autores identificam uma quarta fase no desenvolvimento do stresse, denominada quase-exaustão. Apesar do organismo estar enfraquecido, o indivíduo ainda consegue participar na sua rotina diária, sem haver prejuízos significativos e apesar de estar vulnerável ao aparecimento de doenças, estas doenças não são tão graves como na fase de exaustão (Lipp, 2000).

Atualmente, o stresse é baseado em três perspectivas distintas: o modelo proposto por Selye, no qual inclui o conceito de stressor (acontecimentos e condições que representam uma ameaça para o sistema biológico); o modelo de Lazarus e Folkman sustentado pela teoria de avaliação cognitiva; e, a teoria interacionista, em que os estímulos externos podem provocar reações, modificando comportamentos (Mendes, 2002). Deste modo, o stresse é uma resposta do organismo face ao mesmo, podendo existir manifestações psicológicas e/ou fisiológicas.

Assim, o stress pode ser definido como “um desequilíbrio do organismo como resultado do confronto com estímulos externos e internos (situações do quotidiano, emoções), podendo ter efeitos tanto negativo como positivos (stresse de curta duração). Como exemplo dos efeitos negativos, irritação, desequilíbrio, tensão, inquietude, nervosismo, angústia, diminuição da concentração, dificuldade nas tomadas de decisões, maior número de erros, enfraquecimento do sistema imunitário, digestão difícil; os efeitos positivos do stress de curta duração podem ser a excitação, entusiasmo, aumento da concentração, melhoria da memória, atividade cerebral mais rápida e eficaz” (Lipp & Malagris, 2001; Frimodt, 2013). O resultado da interação entre as características da pessoa e as exigências do meio é caracterizada como a resposta ao stresse.

A resposta ao stresse compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, permitindo ao indivíduo obter uma melhor percepção da situação e rapidez no processamento da informação disponível, contribuindo para uma busca de soluções de modo a preparar o organismo para agir de maneira rápida e vigorosa (Papini & Pinto, 2000). Desta forma, como será definido a seguir, o bom stresse ou eustresse é essencial e indispensável nos vários domínios da vida do indivíduo, nomeadamente em contexto laboral, contribuindo para a realização de tarefas e a resolução de pequenas crises de forma mais eficiente.

Segundo Simmons & Nelson (2007), existem dois tipos de stress: eustresse ou “bom stresse” ou respostas adaptativas e distresse ou “mau stresse” ou respostas mal adaptativas. O “bom stresse” contribui para a resolução da situação, o estímulo estressor é interpretado como um desafio, que visa o bem-estar, desenvolvimento e

realização pessoal do indivíduo, podendo aumentar a sua capacidade ao superar uma dificuldade, sendo eficaz até certo limite. Quando esse limite é ultrapassado, poderá desencadear um efeito desorganizador (Papini & Pinto, 2000), sendo este designado de “mau stresse”, e é interpretado pelo indivíduo como um problema, sendo que o elevado nível de tensão irá desencadear sintomas de mal-estar, podendo tornar-se prejudicial para a saúde e atingir um ponto de ruptura (Jesus, 2002; Edworthy, 2000).

As duas variantes que se destacam da perspectiva psicológica - interação entre o indivíduo e o seu ambiente - são as teorias interacionais e as transacionais. As teorias transacionais representam um desenvolvimento das teorias interacionais, relacionando-se com estas (Johnson, 1996; Bosma & Marmot, 1997; Spector, 1999; Sacadura-Leite & Uva, 2007).

As teorias interacionais “*baseiam-se nas características estruturais da interação da pessoa com o seu ambiente*”, considerando que o stress no trabalho “ocorre quando as atitudes e as capacidades dos trabalhadores não acompanham as exigências da atividade profissional ou quando esta não corresponde às necessidades do trabalhador” (Bosma & Marmot, 1997; Sacadura-Leite & Uva, 2007).

O estudo realizado por Ertel, Stilijanow, Lavicoli, Natali, Jain & Leka (2010) demonstra que situações de trabalho caracterizadas como sendo demasiado exigentes, com pouca possibilidade de decisão e baixo suporte social predispunham os trabalhadores para diversos problemas de saúde, particularmente queixas do sistema músculo-esquelético e queixas psicossomáticas como astenia e exaustão.

Níveis elevados de stress constituem um grande risco para as condições de saúde incluindo doenças cardiovasculares, cancro, depressão, ansiedade, fadiga, obesidade, dores músculo-esqueléticas, absentismo, baixo auto-estima, prejudicando negativamente a memória e capacidade de aprendizagem, assim como também diminuição da produtividade e custos de saúde elevados (Matos, 2014).

Ao contrário da teoria interacionais, as teorias transacionais “*baseiam-se nos processos cognitivos e nas reações emocionais que acompanham a interação do indivíduo com o seu meio*”. Lazarus (1993), refere-se ao stresse como a relação que se estabelece entre a pressão sentida pelo ser humano e a resposta fisiológica e psicológica que o indivíduo desencadeia perante aquela (cit in Sacadura-Leite & Uva, 2007).

O programa de intervenção apresentado neste estudo, foi desenvolvido tendo por base tanto a teoria interacional como as teorias transacionais porque por um lado, as teorias transacionais tem impacto nos processos cognitivos e na regulação tónico-emocional, contribuindo para a capacidade de auto-concentração e consciência somatognósia e na regulação respiratória associada ao controlo tónico, por outro lado,

a teoria interacional contribuem para o desenvolvimento da consciência da relação entre o Eu e os estímulos exteriores e a capacidade de relação com o outro, a interação com o seu ambiente nomeadamente o contexto de trabalho e os resultados dessa interação.

Os recursos individuais existentes desempenham um papel importante para fazer face às situações indutoras de stresse, nomeadamente, o processo de coping. As estratégias utilizadas pelo indivíduo (processo de coping) traduzem-se num conjunto de comportamentos que o indivíduo apresenta na presença de um stressor. O processo de coping representa esforços cognitivos (perceber e interpretar o stressor) e comportamentais com o objetivo de gerir as exigências do meio que excedam os recursos da pessoa (Freitas, Brito, Obregon, Lopes, 2015).

Os autores Moreland & Dumas (2008), classificam o processo de coping em três domínios: domínio afetivo (situações a nível emocional), domínio social (situações a nível interpessoais e sociais) e realização ou sucesso (situações relacionadas com os objetivos que se pretendem alcançar em uma determinada tarefa).

Os estudos mostram que os indivíduos que recorrem habitualmente a estratégias de carácter ativo ou centradas no problema, reflectem níveis inferiores de stresse em comparação com os indivíduos que recorrem a estratégias de evitamento ou centradas nas emoções (Gonçalves, 2013).

O coping está relacionado com o percurso do desenvolvimento de cada indivíduo, exibindo diferentes níveis de competências de coping em função do sexo e da idade (Compas, Conner-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001). As mulheres demonstram maiores níveis de competência de coping, nomeadamente nos domínios afetivo e social em comparação com os homens (Moreland & Dumas, 2008). Os estudos mostram que as estratégias de coping possuem elevadas correlações negativas com a depressão, a reação ao stresse, neuroticismo, alienação e coping disfuncional (fuga/evitamento, incapacidade em controlar uma situação de stresse de forma adaptativa) (Schroder & Ollis, 2013) e correlações positivas com o bem-estar, coping centrado na emoção e crenças de auto-eficácia (Schroder, 2004; Evaristo, 2015).

Schroder (2004), mostra que os sintomas de stresse está fortemente relacionado com a depressão entre indivíduos com fracas competências de coping. Por outro lado, foi demonstrado que indivíduos com elevadas competências de coping possuíam níveis baixos de depressão e não eram afetados por sintomas de stresse.

A capacidade para lidar eficazmente com os diferentes tipos de situações, desempenha um papel importante no desenvolvimento das principais habilidades que podem ser usadas para gerir as crises que poderão surgir. Esta capacidade é moldada

pelos valores, crenças e práticas quotidianas (Hardy, Jones & Gould, 1996; Nicolas & Jebrane, 2008).

O programa desenvolvido permite o desenvolvimento de estratégias para que através de técnicas de relaxação, possa promover a redução da tensão muscular e em sequência a normalização do ritmo cardíaco e respiratório, possibilitando o controlo do stresse e das emoções, potenciando as respostas de coping e a adaptação ao ritmo acelerado e exigência que caracteriza o contexto atual de muitas profissões.

### **2.1.1. Ansiedade**

A Associação Americana de Psiquiatria (2006), define a ansiedade como uma *“antecipação apreensiva de um perigo ou desgraça, acompanhada por um sentimento de disforia ou sintomas somáticos de tensão”*. É um estado orientado para o futuro, antecendendo momentos de pânico, de receio, de medo, perigo ou tensão acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho, no qual o indivíduo tem dificuldade em controlar. Assim, a ansiedade é uma doença psiquiátrica caracterizada pela manifestação de medos inadequados antecipados em função de situações que de alguma forma representa incontável preocupação (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & EE, 2005; Stein and Stein, 2008).

As perturbações da ansiedade incluem perturbações que possuem características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. A resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida é denominada de medo, enquanto que a antecipação de ameaça futura é denominada de ansiedade. Apesar de estes dois estados se sobreporem, eles também se diferenciam, com o medo sendo mais frequentemente associado a períodos de excitabilidade autonómica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para o perigo futuro e comportamentos constantes de cautela de esquiva (American Psychiatric Association - DSM-V, 2014).

A ansiedade pode ser subdividida em duas componentes: ansiedade-estado e ansiedade-traço. A ansiedade-estado pode ser definida como o nível de ansiedade em períodos de tempo relativamente curtos, isto é, *“sentimentos subjetivos e conscientes, de apreensão e tensão acompanhados por ou associados pela ativação do sistema nervoso autónomo”*, enquanto que a ansiedade-traço refere-se à disposição comportamental adquirida, que predispõe o indivíduo a perceber um vasto leque

de circunstâncias objetivamente não perigosas, como ameaçadoras e a responder com reações de ansiedade-estado disfuncionais em intensidade à magnitude do perigo objetivo (Wilt, Oehlberg & Revelle, 2011).

De salientar o contributo de Elzinga, Schmahl, Vermetten, Van Dyck & Bremner (2003) ao referirem que a ansiedade antecipatória e a ansiedade no acontecimento são duas componentes associadas como forma de resposta ao stress. A ansiedade traço está relacionada com as respostas ao stress, que é a ansiedade antecipatória (Walker, O'Connor, Shaefer, Talbot & Hendrickx, 2011). Os mesmos autores constataram que indivíduos com níveis elevados de ansiedade traço estão mais propensos a apresentar uma maior vulnerabilidade aos elementos stressores e a reagir de forma mais negativa a estes e ao stress que estes provocam.

Para além da excessiva e incontrolável preocupação, a ansiedade está associada a outros sintomas, como inquietação, fadigabilidade, dificuldades de concentração, tensão muscular e perturbação do sono (APA, 2013). Esta perturbação acarreta em despesas económicas elevadas com os cuidados de saúde e aumento dos dias de baixa (Revicki, Travers, Wyrwich, Svedaster, Locklear, Mattera, Sheehan & Montgomery, 2012).

Os acontecimentos de vida stressantes são um bom preditor de ansiedade. O estudo O'Connor, Rasmussen & Hawton (2010), comprovou que os indivíduos que apresentam nível elevados de ansiedade descreveram inúmeros acontecimentos de vida que desencadearam stress.

Outros autores salientam que, o stress é um factor determinante no desenvolvimento e persistência das perturbações da ansiedade. Quando um indivíduo se depara com um acontecimento stressante, uma das respostas naturais é o aumento da ansiedade (Grillom, Duncko, Covington, Kopperman & Kling, 2007).

Conclui-se assim, que o stress e a ansiedade são dois conceitos relacionados, pois os acontecimentos de vida stressantes despoletam no ser humano estados de ansiedade elevados. Assim, é importante não só perceber o conceito de stresse ocupacional como também perceber de que forma essas duas variáveis estão relacionadas com o stress ocupacional e com as variáveis que serão abordadas mais a frente.

### **2.1.2. Stresse Ocupacional**

O stress relacionado com o trabalho é considerado uma das principais preocupações para a segurança e saúde ocupacional (Marcatto, Colautti, Filon, Luis,

Blas, Cavallero & Ferrante, 2016). Este é designado, usualmente, por “stress ocupacional” ou “stress profissional” e é definido pelo NIOSH (2006) como “...*harmful physical and emotional responses that occur when the requirements of the job do not match the capabilities, resources or needs of the worker...*”, ou seja, remete-nos para uma interação entre as condições de trabalho com as características do trabalhador de tal modo que as exigências do trabalho ultrapassam as suas capacidades e/ou recursos em lidar com as mesmas (Sacadura-Leite & Uva, 2007).

O stress ocupacional traduz assim o desequilíbrio entre a pessoa e o seu ambiente ocupacional, ou seja, entre as exigências e as competências, necessidades ou recursos do indivíduo (Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002; Serra, 2000; Almeida, Loureiro & Santos, 2016), sendo caracterizado por períodos de tensão, frustração, ansiedade, irritabilidade e depressão (Caulfield, Chang, Dollard & Elshaug, 2004).

Os autores Ismail, Yao & Yunus (2009), conceptualizam o stress ocupacional tendo em conta dois fatores principais: o stress fisiológico e o stress psicológico. O stress fisiológico é caracterizado por uma reação do organismo mediado pelas hormonas do stress (corticotesterona e epinefrina) perante determinados stressores presentes em meio laboral e pode resultar em cefaleias, dor abdominal, fadiga, taquicardia, dor muscular, distúrbios dos padrões regulares de sono, perda ou aumento do apetite, etc. (McEwen, 2000; Viswanathan, Daugherty & Dhabhar, 2005; Ismail et al., 2009). Por outro lado, o stress psicológico é caracterizado por uma reação emocional negativa (ansiedade, depressão, burnout, alienação no trabalho, hostilidade e irritabilidade) como consequência da exposição continuada a stressores no local de trabalho (Gunnar & Quevedo, 2007).

Os recursos estão relacionados tanto com as motivações do indivíduo como as potencialidades oferecidas pelo trabalho e sua organização, enquanto que os stressores ou as exigências estão relacionados com os estímulos físicos ou psicológicos aos quais o indivíduo responde, como as características do trabalho e da tarefa (e.g., sobrecarga, esforço físico, responsabilidade, trabalho por turnos, pressões temporais), papel do indivíduo na organização e associadas ao seu trabalho (e.g., expectativas, conflitos e ambiguidade de papel), exigências interpessoais (e.g., conflito aberto, falta de confiança, dificuldades de comunicação, hostilidade, competição, status), exigências de carreira (e.g., reconhecimento, perspectivas de carreira, recompensas materiais e simbólicas); exigências de controlo e de influência (e.g., competência pessoal, controlo interpessoal, controlo sociopolítico, autonomia e participação nas tomadas de decisão); e exigências físicas (e.g. temperatura,

qualidade do ar, iluminação, ruído, design do espaço) (Buunk, Jonge, Ybema e Wolff, 1998; Nelson & Simmons, 2002).

De acordo com o recente inquérito Eurobarómetro, o stress é considerado pelos trabalhadores como sendo um dos principais riscos profissionais (53%), seguido dos riscos ergonómicos - movimentos repetitivos e posições dolorosas ou fatigantes - (58%) e o levantamento e a movimentação de cargas diariamente (24%) (Marcatto et al., 2016; EU-OSHA, 2013).

O mesmo inquérito mostra que 24,2% dos trabalhadores consideram que a sua saúde e segurança estão em risco devido ao seu trabalho, sendo que 25% considera que o stress tem um efeito negativo na sua saúde (Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho, 2010).

Os trabalhadores também relatam neste inquérito que o stress não é devidamente tratado nos locais de trabalho (Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho, 2010), sendo que reportam que o mesmo é a causa fundamental para o aparecimento dos problemas de saúde (Marcatto et al., 2016; EU-OSHA, 2013). As mulheres constituem o principal grupo de risco devido à natureza de alguns trabalhos em que estão sobre-representadas (EU-OSHA, 2013).

Para além de todos os aspectos acima mencionados, os custos indiretos resultantes de baixas por doença relacionadas com o trabalho e os custos de segurança social imputáveis a doenças ou acidentes são extremamente elevados. De acordo com as últimas estatísticas do GEP (2013), houve um acréscimo de 1.967 acidentes de trabalho, o número total de acidentes de trabalho, taxas de incidência e número de dias perdidos (ACT, 2016).

De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2013), cerca de metade dos trabalhadores europeus considera o stress uma situação comum no local de trabalho, contribuindo para cerca de 50% dos dias de trabalho perdidos.

No que diz respeito aos dados relativos à área da Educação, os dados disponibilizados pela GEP e Organização Internacional do Trabalho, mostram que em 2013, houveram 2.023 acidentes de trabalho não mortais, sendo que o número de dias perdidos foram de 45.866 (GEP, 2013).

O Inquérito de opinião pan-europeu sobre a segurança e saúde ocupacional (EU-OSHA, 2013), refere que as causas mais comuns de stress relacionado com o trabalho são horas de trabalho ou volume de trabalho e reorganização do trabalho ou insegurança no trabalho (41%), seguido pela falta de apoio para cumprir as suas funções por parte dos seus colegas e chefes (33%), estar sujeito a comportamentos inaceitáveis, como o “bullying” (intimidação) ou assédio (23%), falta de clareza sobre



funções e responsabilidades (21%). Segundo o mesmo inquérito, 31% das pessoas inquiridas responderam que é comum existirem casos de stress relacionado com o trabalho, no seu local de trabalho.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2013), fornece alguns dados referentes a opinião dos trabalhadores europeus sobre as causas mais comuns do stress ocupacional nos dias de hoje. Estes dados revelam que as causas do stress segundo os portugueses são pressão devido aos prazos (40%), a má comunicação ou colaboração (36%), a falta de influência dos trabalhadores nas decisões da empresa (34%), o receio de perder o emprego (30%), clientes, pacientes ou alunos difíceis e horas de trabalhos longas ou irregulares (25%).

Segundo Kendall, Murphy, O'Neill & Bursnall (2000), as consequências do stress ocupacional podem ser conceptualizadas em dois grandes níveis principais: o nível individual e organizacional. A nível individual, existem três factores principais de sofrimento psicológico (distress): 1 - Comportamentos e sentimentos negativos, originando na baixa motivação, insatisfação no trabalho, absentismo, pobre qualidade de vida no trabalho, alienação, baixa produtividade, aumento do consumo de álcool e abuso de substâncias psicoativas (Assmar & Ferreira, 2008); 2 – Doenças fisiológicas, originando em um aumento da pressão arterial, aumento do ritmo cardíaco, doenças cardiovasculares, aumento do colesterol, insónias, enxaquecas, infeções cutâneas, enfraquecimento do sistema imunológico e fadiga (Cooper & Marshall, 1976); 3 – Perturbações psicológicas, podendo acarretar em depressão, ansiedade, passividade/agressividade, impulsividade, baixa auto-estima (Buunk et al., 1998; Cooper & Cartwright, 1994; Quick, Horn & Quick, 1986).

A nível organizacional, as consequências do stress ocupacional podem ser agrupadas em duas categorias principais: 1 – Sintomas organizacionais, tais como descontentamento entre os trabalhadores, perda de produtividade, pobre relacionamento com os colegas e clientes; 2 – Custos organizacionais, como o aumento do número de incapacidade laboral temporária e permanente, aumento dos custos ao nível dos cuidados de saúde, perda de produtividade, perda de vendas e competitividade, prejuízo ao nível do crescimento económico da organização (Cooper, Liukkonen & Cartwright, 1996; Elkin & Rosch, 1990; Marcatto et al., 2016).

Em resumo, é consensual que as consequências do stress ocupacional afetam negativamente a saúde, originando problemas como a depressão, baixa auto-estima, sentimentos de culpa, baixa tolerância a frustração e ansiedade (Schulz, Damkröger, Voltmer, Löwer, Driessen, Ward et al., 2011). Desta forma, é importante saber as

características de um indivíduo vulnerável ao stresse assim como as condições em que é mais provável essas características se manifestarem.

### **2.1.3. Vulnerabilidade ao stresse**

O termo “vulnerabilidade” está relacionado com situações de indivíduos que se encontram mais susceptíveis a ataques, ou seja, situação daqueles expostos a um risco maior do que os demais (Lopes, 2003) perante uma situação adversa. Para Marandola e Hogan (2005), a vulnerabilidade constitui-se pela ocorrência de uma situação adversa, endógena ou exógena, aliada à incapacidade de apresentar uma resposta eficaz diante do evento devido à ausência de recursos e, por último, a dificuldade de adaptação ao contexto resultante.

O conceito de vulnerabilidade pode ser aplicado ao desenvolvimento do stresse ocupacional (Silva & Ferreira, 2007). De fato, algumas rotinas do trabalho podem fragilizar o indivíduo a ponto de torná-lo vulnerável ao desenvolvimento das reações de estresse (Sisto, Baptista, Noronha, & Santos, 2007). Segundo Meyer, Klein e Andrade (2007), analisar a vulnerabilidade ao stresse é tentar compreender o contexto no qual certos indivíduos e grupos se mostram mais suscetíveis a determinados estressores, como sobrecarga, chefia, entre outros.

De acordo com Serra (2000), a vulnerabilidade ao stresse pode ser definido como um elevado risco na manifestação de atitudes disfuncionais sobre o eu de forma automática, repetitiva e não intencional na presença de um determinado evento de vida. Na ausência de eventos de vida estressantes, as atitudes disfuncionais permanecem latentes e menos conscientemente acessíveis não influenciando de forma negativa o sistema de processamento de informações (Segal & Ingram, 1994 cit in Garratt, Ingram, Rand & Sawalani, 2007). O indivíduo vulnerável ao stresse apresenta características específicas, tais como baixa auto-estima, baixa tolerância à frustração, dificuldade em lidar com os problemas, excesso de preocupação com eventos diários e emoções marcadas resultando em tristeza e outros sintomas depressivos (Clark, Anderson, Clark, Williamns, 1999; Serra, 2000).

Os fatores que determinam a vulnerabilidade ao stresse podem ser de natureza física (hábitos de vida, saúde, clima, meio ambiente), de natureza social (ambiente familiar ou profissional, apoio social) e de natureza psicológica (personalidade, auto-estima, autoconfiança) (Serra, 2000; Nelas, Duarte, Dias, Chaves, Coutinho & Amaral, 2016).

Alguns autores caracterizam tipos de comportamentos e personalidades mais vulneráveis ao stresse. Os indivíduos que revelam os comportamentos do tipo A, referido como um estilo de comportamento aprendido, um padrão de “coping” ou um traço de personalidade, apresentam níveis mais elevados de burnout e consequentemente um factor de risco para doenças cardiovasculares (Gallacher, Sweetnam, Yarnell, Elwood & Stansfeld, 2003). Este tipo de comportamento está relacionado com um grande envolvimento, compromisso e esforço intenso para atingir os objetivos estipulados. Os indivíduos com comportamentos do tipo A estão em uma constante e elevada ativação fisiológica, manifestando-se através da falta de paciência, impetuosidade verbal, alta competitividade, irrequietude, programar muitos compromissos em pouco tempo e executar diferentes tarefas simultaneamente (Jamal & Baba, 2001).

Para além das diferenças individuais, podem existir diferenças entre grupos, o que nos leva à noção de grupos vulneráveis. Levi (1984), Davidson & Earnshaw (1991) identificaram como possíveis grupos vulneráveis, os trabalhadores com deficiência e as mulheres.

As mulheres, devido à natureza de alguns trabalhos em que estão sobre-representadas, podem enfrentar riscos específicos, por exemplo, perturbações musculoesqueléticas ou tipos específicos de cancro (EU-OSHA, 2013). No estudo de Kenney & Bhattachatjee (2000) em que pretendeu avaliar as interações entre os stressores, os traços de personalidade e a sua saúde, concluiu que as mulheres expostas a um nível médio ou elevado de stressores e que apresentavam traços de personalidade (como baixa assertividade, personalidade pouco forte ou incapacidade para expressar os sentimentos) referiam mais sintomas de ansiedade, depressão do que as mulheres que não apresentavam aqueles traços de personalidade.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2013), podem ser considerados os factores de risco psicossociais para o stresse ocupacional: cargas de trabalho excessivas, falta de participação na tomada de decisões, a existência de conflitos, a ambiguidade de papéis, má comunicação, falta de apoio da parte de chefias e colegas, insegurança laboral, as más condições fiscais no trabalho e o assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros.

O impacto das causas de stresse é muito diversificado e as respostas a estas causas variam de pessoa para pessoa. As causas podem ser de natureza psicossocial, física, química e biológica. De acordo com Cox, Griffiths & Rial-Gonzáles (2000) os factores de risco de natureza psicossocial estão relacionados com os aspectos da organização, gestão, contexto social, ambiente de trabalho e o conteúdo da atividade (European Agency for Safety and Health at Work, 2000).

Para além do contexto de trabalho, a atividade realizada ou o conteúdo da tarefa pode estar associado a diversos factores de risco de natureza psicossocial de que são exemplos a execução de tarefas repetitivas ou monótonas, a falta de oportunidade para aprender e as elevadas exigências quantitativas ou qualitativas (dificuldades inerentes às próprias tarefas) (INRS, 2005 cit in Sacadura-Leite & Uva, 2007).

Para a organização, os efeitos negativos incluem um fraco desempenho geral da empresa, aumento do absentismo, "presenteísmo" (trabalhadores que se apresentam ao trabalho doentes ou incapazes de funcionar eficazmente) e subida das taxas de acidentes e lesões. Os períodos de absentismo tendem a ser mais longos do que os decorrentes de outras causas e o stresse relacionado com o trabalho pode contribuir para um aumento da taxa de reforma antecipada. Os custos estimados para as empresas e para a sociedade são significativos e chegam aos milhares de milhões de euros a nível nacional (Sacadura-Leite & Uva, 2007)

Como já foi mencionado, o stresse ocupacional pode afetar a saúde dando origem a problemas físicos e psicossomáticos como a depressão, ansiedade, baixa auto-estima, sentimento de culpa e baixa tolerância à frustração (Honkonen et al., 2006; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schulz et al. 2011). As consequências do stresse ocupacional incluem a falta de satisfação profissional, absentismo injustificados, intenção de despedimento e abandono. O impacto envolvental inclui problemas familiares, conflito trabalho-casa e redução na qualidade de vida (Dyrbye, Shanafelt, Balch, Satele, Sloan & Freischlag, 2011).

A tentativa em lidar com a situação stressora irá provocar alterações na função perceptivo-cognitiva, emocional e comportamental manifestando-se em comportamentos que influenciam diretamente a saúde, como por exemplo, dieta desequilibrada, redução da prática desportiva e aumento do consumo de álcool e tabaco (Lundberg, 2000).

Existem alguns grupos profissionais, que devido às condições de trabalho, as relações no trabalho, o conflito e a ambiguidade das funções, a estrutura e o ambiente da organização (ICN, 2007), surgem como vulneráveis ao stresse ocupacional. Diversos estudos mostram que os trabalhadores das escolas, nomeadamente, os professores e os profissionais de cuidados de saúde, estão propensos a níveis elevados de stresse (Bermejo-Toro & Prieto-Ursúa, 2010; Gaspar, Jesus & Cruz, 2011; Skaalvik & Skaalvik, 2011).

Segundo o Health and Safety Executive (2014), os profissionais de educação têm uma maior prevalência de stresse, ansiedade e angústia devido o trabalho. A mais recente prevalência foi de 2.3% em comparação com 1.2% para todas as profissões.

A literatura existente mostra que existe uma associação entre uma pobre saúde mental, absentismo (Hussey, Turner, Thorley, McNamee & Agius, 2012; Jain, Roy, Harikrishnan, Yu, Dabbous & Lawrence, 2013), reforma por motivos de saúde (Kuoppala, Lamminpaa, Vaananen-Tomppo & Hinkka, 2011), presenteísmo, entre outros (Beck, Crain, Solberg, Unutzer, Glasgow, Maciosek & White-bird, 2011; Jain et al., 2013). Estas consequências do stresse em profissionais de educação podem ter um impacto negativo no desenvolvimento das relações com os alunos, estando associados a perturbações mentais infantis e abandono da escola (Lang, Marlow, Goodman, Meltzer & Ford, 2013).

O stresse mau gerido e duradouro - prolonga-se ao longo do tempo - pode ter um impacto negativo tanto nas relações pessoais como a nível profissional, tendo como consequência alterações físicas e psicológicas, como stresse ocupacional, ansiedade, insegurança, insatisfação e frustração (Kawano, 2008), diminuição da produtividade (Tahir, Santhna & Nizam, 2007), depressão (Makie, 2006) e lesões músculo-esqueléticas (Barnett, Namasivayam, Narudim, 2010).

De acordo com Leher, Woolfolk & Sime (2007), os indivíduos mais vulneráveis ao stresse experienciam mais sintomas negativos e depreciativos sobre si próprios, o que poderá levar a consequente insatisfação corporal, desta forma, torna-se importante perceber a influência que o stresse e a ansiedade possuem na satisfação que o indivíduo possui quanto a sua imagem corporal.

#### **2.1.4. Imagem Corporal**

A Imagem Corporal pode ser definida como *“as percepções, pensamentos e sentimentos de uma pessoa acerca do seu corpo”* (Grogan, 2008). É um fenómeno singular influenciado não só pelos aspectos do desenvolvimento do indivíduo, mas também pelos estímulos do ambiente, aos quais podem ser associados a determinados pensamentos, emoções ou acções (Cash, 2002). Assim, pode influenciar e ser influenciado pela forma como o indivíduo percebe o ambiente à sua volta, inclusive modificando as relações com os outros, resultando em uma interação dinâmica entre percepção e concepção (Cash, 2011; Matos, 2012).

Um conceito que surge muitas vezes associado à imagem corporal é o conceito de esquema corporal, no qual corresponde a representação das relações espaciais entre as partes do corpo percebidas cinesteticamente e proprioceptivamente. O esquema corporal pode ser classificado como *“o reconhecimento imediato do corpo em função da inter-relação das suas partes, com o espaço e com os objetos que o rodeiam tanto*

*no estado de repouso como de movimento*” (Tavares, 2003). Quando há uma discrepância entre a avaliação que a pessoa faz da sua imagem corporal real e a sua imagem idealizada, estamos perante um indivíduo insatisfeito com a sua imagem corporal, estando frequentemente associado à baixa auto-estima, depressão, ansiedade e tendências obsessivo-compulsivas (Levine & Smolak, 2002; Francisco, Narciso & Alarcão, 2012).

Assim, a imagem corporal refere-se ao corpo imaginário, i.e. às imagens inconscientes que o indivíduo tem gravado a partir das sensações que recebe pelas diferentes partes do seu corpo, sendo singular e distinta de pessoa para pessoa. Por outro lado, o esquema corporal é igual para todas as pessoas, e está vinculado a aspetos cognitivos e motores. Ao contrário do esquema corporal, a imagem corporal é flexível ao longo do tempo e constrói-se a partir das experiências subjetivas de cada um, as quais ocorrem desde antes do nascimento até à morte (Aucouturier, *s.d.* cit in Llauradó, 2002).

De acordo com Gardner (2012), é possível distinguir duas componentes da imagem corporal: a componente perceptual e componente atitudinal ou afetiva. A primeira pode ser definida como o grau de exatidão do indivíduo em julgar o tamanho, formato e peso de suas proporções físicas. A componente atitudinal, por sua vez, é composto por quatro dimensões (Thompson, Burke & Krawczyk, 2012): satisfação/insatisfação global ou específica a alguma área do corpo (avaliação do corpo); afetiva (sentimentos e emoções relativos ao corpo); cognitiva (pensamentos e crenças sobre a aparência e sobre a importância da mesma para o indivíduo); e comportamental (exemplificado por ações, como verificar repetidamente a própria aparência no espelho).

A imagem corporal trata, portanto, de um construto complexo de natureza multidimensional e que pode envolver perturbações perceptuais, afetivas, cognitivas e comportamentais (McCabe & Ricciardelli, 2004). Estudos têm evidenciado claras relações entre as perturbações da imagem corporal e indicadores negativos à saúde, tais como perturbações alimentares (Keel, Baxter, Heatherton & Joiner Junior, 2007; Sepúlveda, Botella & León, 2002; Westerberg-Jacobson, Edlund & Ghaderi, 2010), baixa auto-estima (Paap & Gardner, 2011; Van Den Berg, Mond, Eisenberg, Ackard & Neumark-Sztainer, 2010), neuroticismo (Dalley, Buunk & Umit, 2009) e depressão (Brausch & Gutierrez, 2009; Fabian & Thompson, 2006; McCabe, Ricciardelli, Sitaram & Mikhail, 2006).

Um dos factores mais investigados como estando associado à imagem corporal é o índice de massa corporal (IMC). No entanto, são poucos os estudos que confirmam que os indivíduos com maiores valores de IMC são os que apresentam valores mais

elevados de insatisfação com a imagem corporal, uma vez que indivíduos com valores baixos de IMC mostraram estar insatisfeitos com a sua imagem corporal (Saur & Pasian, 2008). Nunes et al. (2001) mostrou no seu estudo que dois terços das mulheres com IMC normal sentiam-se gordas e insatisfeitas com a sua imagem corporal.

De acordo com Wilson, Latner & Hayashi (2013), a insatisfação com a imagem corporal é mediadora da relação entre IMC e funcionamento psicossocial para ambos os sexos. No entanto, a satisfação com a imagem corporal está associada ao bem-estar psicológico para as mulheres, de modo a gastar mais tempo e esforços tentando atingir o corpo ideal (Murnen, 2011). As mulheres acreditam que ao terem o corpo o mais parecido com o “corpo ideal”, poderão ser bem sucedidas a nível profissional e pessoal (Johnson & Wardle, 2005).

A maior parte dos estudos realizados abordam a imagem corporal em adolescentes, jovens adultos ou adultos (Grogan, 2011). No entanto, a média da amostra deste estudo, são mulheres acima dos 50 anos, tornando-se essencial perceber a relação existente entre o índice de massa corporal e a satisfação com a imagem corporal.

Há alguma evidência que as mulheres mais velhas possam estar mais satisfeitas e ter uma imagem corporal mais positiva do que as mulheres mais jovens, uma vez que a aparência passa a exercer menor impacto na auto-estima, enquanto a funcionalidade do corpo e a sua condição física ganham maior destaque, deixando a aparência de assumir o papel central da vida da mulher (Pruis & Janowsky, 2010). A diferença entre os sexos quanto à insatisfação com a imagem corporal diminui ou até desaparece após os 60 anos, sendo que a partir dos 80 as mulheres parecem estar mais satisfeitas com a imagem corporal do que os homens da mesma faixa etária (Grogan, 2011).

No entanto, outros autores defendem que as mulheres mais velhas estão insatisfeitas com seus corpos assim como as mulheres mais jovens e que as preocupações com a imagem corporal não são limitadas a adolescentes, jovens e adultos. Argumenta-se que homens e mulheres mais velhos também lidam com essas questões à medida que envelhecem, sobretudo em um contexto social onde a aparência jovem é extremamente valorizada (Knight, 2012). Para a maioria das mulheres, os sinais físicos do envelhecimento são experienciados negativamente e culminam na continuidade da insatisfação com a imagem corporal. A insatisfação também é associada à baixa auto-estima, ansiedade, depressão e medo de envelhecer entre adultas de meia idade. Para as mulheres, as consequências de não

ter um corpo considerado atrativo tem ainda um impacto no autoconceito, influenciando negativamente o seu bem estar psicológico (Costa, 2012).

Desta forma, uma maior satisfação com a imagem corporal resulta em melhor controlo do peso, à medida que a insatisfação pode levar à excessiva preocupação com o mesmo (Lynch, Liu, Wei, Spring, Keife & Greenland, 2009).

Assim, pode-se sugerir que as mulheres adultas mais velhas apresentam níveis de insatisfação com a imagem corporal similares aqueles encontradas entre as mais jovens (Bedford & Johnson, 2006; Hurd Clarke, 2012), sendo considerada estável ao longo da vida adulta feminina (Tiggemann, 2004).

Por fim, importa também salientar que existe um conjunto de fatores que afetam diretamente a imagem corporal dos indivíduos. Deste conjunto, salienta-se a autoestima, ser capaz de superar o estigma de ideal do corpo magro e autocontrolo. Indivíduos com alta autoestima estão propensos a apresentar um maior índice de satisfação com o seu corpo (Grogan, 2008). Segundo Grogan, Evans & Hunter (2004) indivíduos de diferentes géneros e idades com uma imagem corporal positiva, apresentam sentimentos positivos sobre o “eu”, uma boa autoconfiança e um sentimento de poder e controlo em determinadas situações sociais. Este parâmetro psicológico terá também influência sobre a forma como cada indivíduo se vê a si próprio e a forma como vê o outro, os seus comportamentos e interações. É esta avaliação do outro e da forma de interagir com o mesmo, baseadas numa autopercepção mais ou menos favorável, que poderá ter influência sobre os padrões de relação estabelecido nos vários contextos da vida dos indivíduos, onde está incluído o contexto profissional.

O transfer das evidências acima descritas, para um contexto social específico, como o contexto laboral, poderá sustentar uma possível relação entre a imagem corporal e a satisfação profissional, na medida em que poderá influenciar de forma mais ou menos favorável a forma como percebe o envolvimento.

### **2.1.5. Satisfação Profissional**

A satisfação profissional tem vindo a ser estudada desde o início do século XX, mas apenas nos finais desse século este conceito começa a ser considerado de relevante importância devido à aparente relação com o desempenho laboral dos indivíduos (Santana e Cerdeira, 2001; Castro, Lago, Fornelos, Novo, Saleiro & Alves, 2011).



O conceito de satisfação profissional é de difícil definição por ser um estado emocional subjetivo, susceptível de mudar ao longo do tempo, de circunstância para circunstância e que se encontra sujeito à influência de fatores externos e internos ao ambiente de trabalho imediato (Fraser, 1983 cit in Martinez, Paraguay & Latorre, 2004).

Uma das definições de satisfação profissional mais utilizadas na investigação, é a proposta por Locke (1976 cit in Santana & Cerdeira, 2011), em que segundo este autor, a satisfação com o trabalho associa-se, ao bem-estar físico e emocional, à qualidade de vida e a um bom funcionamento da organização, contribuindo positivamente para o aumento da produtividade. A satisfação profissional surge em função da relação percebida entre o que o trabalhador deseja obter e aquilo que ele obtém. Desta forma, as expectativas condicionam a satisfação, na medida em que estabelecem uma discrepância entre o que é desejado pelo indivíduo e aquilo que efetivamente ele obtém, as necessidades são inatas, existem de forma consciente ou inconsciente, pois relacionam-se com as condições necessárias ao equilíbrio e bem-estar de um organismo vivo, enquanto que os valores, ao contrário das necessidades, é algo adquirido pelo indivíduo, são eles que indicam a importância daquilo que se procura obter e, por essa razão, condicionam as escolhas, bem como as reações emocionais (Locke, 1976 cit in Dias, 2009).

No estudo da satisfação profissional, é possível identificar duas categorias gerais associadas a satisfação profissional: as variáveis envolvimentoais – relacionadas com as características do próprio trabalho e ambiente de trabalho, como as condições de trabalho, oportunidade de progressão na carreira, remuneração, trabalho propriamente dito, empresa/organização, colegas, subordinados, superiores hierárquicos – e as variáveis pessoais – relacionadas com os atributos e características do próprio indivíduo, como a atitude, os traços de personalidade, idade, competências sócio-afetivas e a menor ou maior qualificação/habilitação para uma determinada função ou situação (Ellickson, 2002; Tavares, 2008)

Uma das variáveis mais estudadas é o género e embora existam estudos que não apontem diferenças em relação ao género, outros mostram algumas evidências de uma maior tendência para a insatisfação entre os indivíduos do género feminino (Castro, Lago, Fornelos, Novo, Saleiro & Alves, 2011).

Outra variável também estudada e que influencia a satisfação profissional é o cargo ou estatuto desempenhado na organização. Alguns autores como Werther & Davis e Davis & Newstrom, afirmam que os indivíduos com níveis ocupacionais mais elevados tendem a estar mais satisfeitos com o trabalho, pois, normalmente, também têm remunerações mais elevadas, gozam de melhores condições de trabalho e

desenvolvem atividades que exigem uma atualização mais completa das suas aptidões e capacidades (1983; 1992 cit in Tavares, 2008; Castro et al., 2011; Santos, 2012).

Os autores Santana & Cerdeira (2011), referem quatro aspectos que podem condicionar a satisfação profissional do indivíduo: a satisfação com a possibilidade de desenvolvimento pessoal no trabalho (e.g. uso de habilidades e a aquisição de novos conhecimentos), a satisfação com as condições físicas do local de trabalho (e.g. ambiente agradável e a ausência de condições perigosas), a satisfação com recompensas do trabalho (e.g. salário, segurança no trabalho e as possibilidades de promoção e progressão na carreira) e a satisfação com as interações humanas (e.g. relações com os colegas e supervisores).

Com a mudança da realidade do contexto de trabalho como já foi mencionado anteriormente, tem havido um aumento do número de absentismo, embora visto frequentemente como um abuso ou uma atitude negativa face ao trabalho, muitos são os autores que afirmam que são as empresas que criam as condições propícias para o absentismo (Morais, 2014).

De uma forma geral, as ausências ao trabalho têm sido divididas em dois grupos: ausências inevitáveis (tipo A) consideradas legítimas e justificadas pelas definições de necessidades que lhe são associadas, eg. obrigações cívicas, doença de um familiar, acidente de trabalho, greve, doença; e ausências evitáveis/voluntárias (tipo B) relacionadas com as posições tomadas em relação às de tipo A (Chadwick-Jones, 1973 cit in Tavares, 2008).

Muitos autores consideram que as causas do absentismo são as seguintes: factores gerais da organização (salários e promoções), factores imediatos no círculo de trabalho (tipos de chefia, conteúdo do trabalho, organização da equipa) e factores individuais (tempo de serviço, traços de personalidade e características da família) (Tavares, 2008).

Desta forma, se houver desequilíbrio entre a profissão como tal, retribuição económica, chefia, relações com os colegas e em alguns casos as condições materiais em que se realiza o trabalho, o trabalhador estará mais vulnerável ao absentismo (Santos, 2012).

Os autores anteriormente mencionados, referem que algumas condições no trabalho são imprescindíveis para o bem-estar social e psicológico laboral, como por exemplo, a ausência de pressões no trabalho; segurança no emprego e segurança no local de trabalho; apoio social por parte dos colegas e gestores, bem como oportunidades de formação e desenvolvimento profissional; elevado nível de influência

(autonomia, controlo sobre o planeamento de horários, liderança); equilíbrio entre esforço e recompensa.

Desta forma, resta saber quais os métodos que poderão ajudar ao indivíduo a gerir os estados de ansiedade, stresse, insatisfação com o corpo e com o trabalho, já que se constatou que a incapacidade de os controlar provoca consequências graves, quer a nível físico, quer a nível psicológico.

## **2.2. Gestão do Stresse**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010; 2013), as intervenções existentes para a gestão do stresse são a terapia cognitiva comportamental (CBT), aconselhamento para a resolução de problemas, técnicas de relaxação (e.g. relaxação muscular progressiva), psico-educação, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), terapia farmacológica, ativação comportamental, terapia por contingência, terapia ou aconselhamento familiar, psicoterapia interpessoal e terapia de melhoria motivacional. A OMS também recomenda que as empresas disponibilizem de recursos suficientes para assegurar a implementação das intervenções acima mencionadas.

Em Portugal, o Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (2012), definiu estratégias para lidar com o stresse ocupacional, orientadas para os seguintes objetivos:

- a prevenção do stress, através do controlo da exposição aos factores de risco, nomeadamente, orientações claras, distribuição equilibrada das tarefas de trabalho, intervenção dos trabalhadores e entre outras ações relacionadas com a organização do trabalho e no treino dos trabalhadores de diferentes graus de diferenciação;
- confrontação direcionadas para as tarefas e para a emoção, de forma a lidar com a fonte de stresse e atenuar a experiência emocional associada ao stresse;
- a reabilitação, através do apoio social, supervisão e aconselhamento específico aos trabalhadores.

Dado o impacto negativo do stresse a nível intrapessoal e psicossomático, foram criados alguns programas orientados para a promoção da saúde e para a gestão de stress baseada no controlo das emoções ou no suporte social, tais como, relaxação muscular progressiva (Jesus, Miguel-Tobal, Rus, Viseu & Gamboa, 2014),

mindfulness (Erica & Sibinga, 2016), terapia respiratória, yoga, terapia cognitivo comportamental, hipnose, entre outros. Estes programas, em geral, tem como objetivo compreender e reconhecer a natureza do stresse de forma a desenvolver estratégias para a prevenção e enfrentamento do mesmo (Harris, 2011).

É válido mencionar que as técnicas de gestão de stresse não são apenas destinadas a pessoas que manifestem algum tipo de perturbação, mas sim, deve ser inserida na rotina diária de qualquer pessoa como uma ferramenta para a prevenção do stresse e manutenção da saúde e bem-estar (Varvogli & Darviri, 2011).

A investigação de Tsang, Cheung, Chan, Fung, Leung & Au (2013), em que teve como objetivo explorar a eficácia da implementação de um programa de gestão do stresse baseado numa abordagem combinada com a terapia cognitivo comportamental e medicina alternativa e complementar a profissionais de educação com níveis médios de stresse, ansiedade e/ou sintomas depressivos, mostra que o programa é eficaz no alívio dos sintomas e pode ser utilizado como ferramenta para desenvolver habilidades para lidar com os sintomas de stresse.

Em outro estudo realizado com profissionais de educação (Goetz et al., 2013), com o objetivo de verificar os efeitos da terapia de respiração, mostrou mudanças positivas nos sintomas de stresse, podendo ser utilizado como uma estratégia de prevenção primária.

A meditação é igualmente utilizada como estratégia de adaptação a ambientes de elevada pressão e também para o tratamento do stresse crónico. Elder, Nidich, Moriarty, Nidich (2014), avaliaram os efeitos do Programa de Meditação Transcendental nos níveis de stresse e burnout entre os trabalhadores de uma escola residencial terapêutica, onde se observou uma redução dos níveis de stresse tanto nos professores como nos trabalhadores de outros sectores.

Outra técnica utilizada para reduzir os níveis de stresse é a auto-hipnose, Ruyschaert (2009) afirma que a auto-hipnose deve ser implementada em áreas onde os trabalhadores estão expostos a altos níveis de stresse, sendo portanto, mais vulneráveis ao cansaço e à fadiga.

Serra (2000), defende que o relaxamento tem demonstrado vantagens em problemas de saúde associados ao stresse, no qual pode-se observar no estudo de Borges & Ferreira (2013), em que teve como objetivo analisar a eficácia de um programa de gestão de stresse com recurso a técnica de relaxação progressiva de Jacobson. Os resultados evidenciaram vantagens na implementação de programas para a gestão do stresse laboral com recurso a técnicas de relaxamento.

Assim, é importante não esquecer que têm surgido programas e campanhas para essa problemática. Contudo, essas iniciativas não são suficientes, pelo que se

torna necessário perceber o conceito de relaxação e a sua aplicação neste contexto de forma a fornecer aos trabalhadores estratégias para que eles próprios sejam capazes de prevenir uma situação de stresse ou reconhecer quando esta está a acontecer, contribuindo para a saúde mental desses indivíduos.

Desta forma, a relaxação como intervenção terapêutica na saúde dos trabalhadores revela-se como um instrumento essencial para através da obtenção de uma descontração “reparadora”, permitir a supressão das tensões supérfluas e uma melhoria das capacidades vitais, a descoberta do corpo próprio e a aquisição de um estado de calma psíquica que conduz a um melhor auto-domínio possível de gerir o stresse.

### **2.2.1. Relaxação**

Depois de se ter abordado os conceitos das variáveis estudadas e de ter referido os diferentes tipos de programas e intervenções desenvolvidos para a gestão do stresse, é essencial abordar a ferramenta utilizada para o desenvolvimento deste estudo, assim como também aprofundar as várias técnicas de relaxação existentes na literatura. Neste sentido, esta poderá provocar uma descontração muscular e uma relação de confiança consigo e com o outro não só aos assistentes operacionais mas também a todos os profissionais que experienciam sentimentos de ansiedade, angústia, cansaço físico e mental e insatisfação profissional (Serra, 2007).

De facto, existe na literatura, um conjunto vasto de estudos em que pretendem desenvolver, investigar ou comprovar a eficácia de diversos programas de intervenção em que recorrem a técnicas de relaxação.

A gestão do stress apresenta duas fases: de carácter preventivo e de carácter curativo. Na primeira fase, como já foi mencionado anteriormente, são desenvolvidos programas que promovam a saúde e o bem-estar dos indivíduos; na segunda fase, de carácter curativo, quando o stresse já está enraizado nos indivíduos, existem um conjunto de técnicas, das quais sobressaem a relaxação, a estratégia de resolução de problemas, o apoio social, o pensamento realístico e produtivo, realização de exercício físico e o aumento das capacidades de coping (Serra, 2007). É muito importante referir que as técnicas de relaxação devem ser utilizadas não só no carácter curativo mas também no carácter preventivo, não só de forma a promover a saúde e bem-estar, como também prevenir que os sintomas de stresse se desenvolvam.

A relaxação pode ser definida como um “conjunto de processos de carácter terapêutico, reeducativo ou educativo, que visam uma descontração neuromuscular e

psíquica, através de técnicas específicas que provocam uma diminuição acentuada do estado tónico do indivíduo”. É um método preventivo e terapêutico no combate ao stress, sendo essencial para a redução dos efeitos nocivos ao organismo humano, que surgem muitas vezes, após stress de longa duração. Através da descoberta e um aumento da consciência do corpo e da percepção corporal, o indivíduo terá maior capacidade para interpretar as reações do corpo contribuindo para a obtenção de uma descontração reparadora, permitindo a supressão das tensões supérfluas e uma melhoria das capacidades vitais. O tema principal é a vivência da relação entre o seu próprio corpo, a sua personalidade e o seus recursos pessoais conduzindo a um melhor auto-domínio (Frimodt, 2013).

A relaxação é uma das técnicas mais referidas para reduzir os níveis de stress. Os métodos de relaxação existentes são divididos em métodos globais ou psicológicos (estado de descontração que é sugerido de forma verbal, que derivam de um processo autógeno, por exemplo, treino autógeno de schultz; reeducação psicotónica de ajuriaguerra; reeducação psicossensorial de Vittoz); analíticos ou fisiológicos (Relaxação Progressiva de Jacobson); estáticos (Globais, Analíticos, Relaxação para crianças) e dinâmicos (Eutonia de G. Alexander, Método de Feldenkrais), mistos (Relaxação Estático-Dinâmica Klotz) e métodos próximos da relaxação como o yoga, sofrologia, massagem, hipnose e biofeedback. No presente estudo não será abordado todos os métodos acima mencionados, mas sim aqueles no qual contribuíram para o desenvolvimento do programa de intervenção.

Dos artigos analisados foram encontrados artigos referentes à Relaxação Muscular Progressiva (RMP), Mindfulness, Yoga, Treino Autógeno de Schultz, Treino de Respiração e também estudos em que comparam as diferenças entre uma intervenção breve com uma intervenção longa de relaxação.

Segundo Serra (2007) e Smith (2007), a relaxação possui impacto ao nível da divisão simpática do sistema nervoso vegetativo – diminuição do consumo de oxigénio, da frequência cardíaca, do volume expiratório minuto e dos níveis de lactato no sangue arterial - e do sistema nervoso central – diminuição da atividade cortical nas regiões anteriores do cérebro e uma redução na latência do início do sono.

Assim, dos estudos analisados (*Anexo 1*) foi possível verificar programas referentes à Relaxação Muscular Progressiva de Jacobson em que procuram avaliar a eficácia de um programa de intervenção utilizando a técnica RMP (Kaspereen, 2012; Borges & Ferreira, 2013; Ramanpreet, 2015), avaliar o impacto de um programa de RMP (Gómez, 2010); detetar os níveis relacionados com uma das variáveis em estudo (Chaudhuri et al., 2014); e, um estudo de caso, em que descreve o impacto da técnica RMP (Vasconcelos, 2014).

Foi também analisado o estudo de Torabizadeh, Bostani & Yektatalab (2016) em que compara os efeitos da RMP e Treino Autógeno de Schultz em comparação com o grupo de suporte e também o estudo de Wild et al. (2014), em que procurou ensinar técnicas de relaxação (RMP e Treino Autógeno de Schultz) e avaliar as diferenças entre as pessoas que receberam a intervenção dos que não receberam. Outro estudo analisado referente ao Treino Autógeno de Schultz (Kestenberg et al., 2014) procurou compreender se as técnicas de Relaxamento Progressivo de Jacobson e Método de Treinamento Autógeno Schultz são significativas.

Em relação aos estudos sobre a terapia respiratória, foram analisados estudos em que procuraram avaliar os efeitos da mesma (Goetz et al., 2013; Chicayban e Malagris, 2014).

Nos estudos referentes ao mindfulness e yoga, a maior parte dos estudos pretendem avaliar a eficácia e o efeito do Mindfulness (Pipe, Bortz, Dueck, Pendergast, Buchda e Summers, 2009; Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska & Rakel, 2013; Lan, Rahmat, Subramanian & Kar, 2014); outro avalia a viabilidade do mindfulness e yoga terapêutico (Wolever, Bobinet, McCabe e Machenzie, 2012) e outro compara o yoga com outras técnicas de relaxação (Smith, Hancock, Blake-Mortimer e Eckert, 2007).

Diversos estudos têm mostrado os benefícios da relaxação no controle do stresse na depressão, dor e/ou ansiedade (Barnes, Bloom & Nahin, 2008; Dusek & Benson, 2009; Marchand, 2012), contribuindo para desenvolver a capacidade de auto-monitorização, proporcionando maior tranquilidade, vitalidade, equilíbrio e lucidez, também contribui para a diminuição da agressividade, favorecendo o bem-estar emocional e a capacidade de memorização, concentração, atenção, percepção e da tomada de decisão (Dias, 2007; Serra, 2007). Deste modo, as técnicas de relaxação podem ajudar a lidar com as situações de ameaça e de pânico que desencadeiam ansiedade, insatisfação e stresse (Serra, 2007).

Esta afirmação pode ser sustentada por alguns estudos realizados como o estudo de Galvin, Benson, Deckro, Fricchione & Dusek (2006), em que mostrou que o programa de intervenção de relaxação com a duração de cinco semanas ajudou os participantes a melhorar o tempo de reação em uma tarefa psicomotora assim como também reduziu os níveis de stresse. O estudo de Kaspereen (2012), em que tinha como objetivo mostrar os benefícios das técnicas de relaxação na redução dos níveis de stress, mostrou que a relaxação leva em consideração a relação entre pensamentos, sentimentos e respostas fisiológicas, sendo uma técnica que ensina as pessoas a reduzir o stress sem o recurso aos medicamentos.

Todos os estudos mencionados anteriormente verificaram efeitos positivos nos grupos a que foram submetidos à prática da relaxação. A maioria dos indivíduos reportou melhorias nos valores relativos às variáveis estudadas, como por exemplo, diminuição do ritmo cardíaco, pressão arterial. Assim, uma grande parte dos estudos revela que os indivíduos tiveram melhorias nos estados de humor e satisfação profissional, um decréscimo nos índices de ansiedade, stresse percebido e burnout, e alguns fazem também referência à diminuição dos índices de depressão e sintomas somáticos, aumentando também o controlo sobre as mesmas e resistência face às demandas ocupacionais.

Dos artigos analisados, o número de sessões dos programas relacionados com a prática de relaxação é diversificado, variando entre 3 a 16 sessões (Yung, Fung, Chan & Lau, 2004; Nieto, Vindel, Tobal, Camuñas, Sayalero & Blanco 2001; Smith, Hancock, Mortimer e Eckert, 2007; Pipe et al., 2009; Gómez, 2010; Batcheller, 2011; Wolever et al., 2012; Kaspereen, 2012; Borges & Ferreira, 2013; Fortney et al., 2013; Goetz et al., 2013; Wild et al., 2014; Kestenberg et al., 2014; Chaudhuri et al., 2014; Chicayban e Malagris, 2014; Lea, 2014; Vasconcelos, 2014; Ferrer, Cascales, Ruiz, Ferrer, Seva, Ruiz et al., 2014; Elder, Nidich, Moriarty e Nidich, 2014; Ramanpreet, 2015; Ruotsalainen, Verbeek, Mariné e Serra, 2015).

A maioria das intervenções é de média duração (entre 11 a 15 sessões) (Nieto et al., 2001; Wolever, Bobinet, McCabe e Machenzie, 2012; Goetz et al., 2013; Tsang, Cheung, Chan, Fung, Leung & Au, 2013; Kestenberg et al., 2014; Chaudhuri et al., 2014; Chicayban e Malagris, 2014; Ramanpreet, 2015; Elder, Nidich, Moriarty e Nidich, 2014; Vasconcelos, 2014).

Verificou-se que os programas com o menor número de sessões também obtiveram resultados positivos, comprovando a eficácia da relaxação na melhoria do bem-estar geral dos indivíduos, com ou sem patologias (Pipe et al., 2009; Batcheller, 2011), comprovando a afirmação feita anteriormente em que é muito importante utilizar a relaxação a nível de carácter preventivo.

No que respeita à duração de cada sessão, esta não é demasiado heterogénea, variando entre 1 hora (60 minutos) (Smith, Hancock, Mortimer & Ecker, 2007; Wolever, Bobinet, McCabe e Machenzie, 2012; Tsang et al., 2013; Chicayban e Malagris, 2014; Lea, 2014; Lan et al., 2014; Sailaxmi & Lalitha, 2015) a 3 horas (180 minutos) (Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska & Rakel, 2013), sendo a média de 46 minutos.

Assim, o programa desenvolvido para além de ser o resultado da análise destes estudos, é também o enriquecimento de um leque de programas procurando reunir todas as técnicas analisadas de forma a corresponder a todas as necessidades do



indivíduo e que através da descoberta e um aumento da consciência do corpo e da percepção corporal, possibilitar ao indivíduo uma maior capacidade para interpretar as reações do corpo contribuindo para uma obtenção de uma descontração reparadora, permitindo a supressão das tensões supérfluas e uma melhoria das capacidades vitais.

### **III. METODOLOGIA**

A presente investigação surge no âmbito de um protocolo de parceria celebrado em 2007 entre a Faculdade de Motricidade Humana e a Câmara Municipal de Sintra (CMS), pela equipa do Programa Reges - Relaxação e Gestão do Stresse, e pela Divisão de Segurança e Saúde no Trabalho, respetivamente. É um estudo quasi-experimental, utilizando a estatística descritiva inferencial (comparações e correlações) para amostra emparelhada de medidas não-paramétrica. As medidas foram feitas antes e no fim do programa de intervenção a um grupo experimental para verificar os efeitos do programa de intervenção nas variáveis stress, ansiedade, imagem corporal, vulnerabilidade ao stresse e satisfação profissional. O programa de intervenção teve como objetivos gerais desenvolver a consciencialização da respiração assim como a sua auto-regulação, a consciência global da passividade/tensão, a capacidade de auto-concentração, a consciência da relação entre o corpo e os estímulos exteriores, promover a consciência corporal global e segmentar, relação com objeto e com o outro, auto-regulação tónica.

#### **3.1. Objetivos do estudo**

Esta investigação tem como objetivos:

- Estudar o impacto de um programa de intervenção para a gestão do stresse recorrendo a técnicas de relaxação;
- Verificar os efeitos deste programa nas variáveis stresse ocupacional, ansiedade, vulnerabilidade ao stresse, imagem corporal e satisfação profissional evidenciados pelas assistentes operacionais.

#### **3.2. Hipóteses a testar**

As hipóteses a testar são:

$H_1$  – Os níveis de stress das assistentes operacionais diminuem após a implementação do programa de relaxação

$H_2$  - Os níveis de ansiedade das assistentes operacionais diminuem após a implementação do programa de relaxação

$H_3$  – Os níveis de satisfação com imagem corporal das assistentes operacionais aumentam (melhoram) após a implementação do programa de relaxação

$H_4$  - Os níveis de satisfação profissional das assistentes operacionais aumentam (melhoram) após a implementação do programa de relaxação

vs

$H_{01}$  – Os níveis de ansiedade das assistentes operacionais não diminuem após a implementação do programa de relaxação

$H_{02}$  - Os níveis de ansiedade das assistentes operacionais não diminuem após a implementação do programa de relaxação

$H_{03}$  – Os níveis de satisfação com imagem corporal das assistentes operacionais não aumentam (não melhoram) após a implementação do programa de relaxação

$H_{04}$  - Os níveis de satisfação profissional das assistentes operacionais não aumentam (não melhoram) após a implementação do programa de relaxação

### 3.3. Amostra

Para a participação neste estudo, foram tidos em conta, para a seleção da amostra, alguns critérios de inclusão e exclusão que se encontram na tabela abaixo:

*Tabela 1 - Sugestão de Critérios de exclusão e inclusão para seleção das amostras*

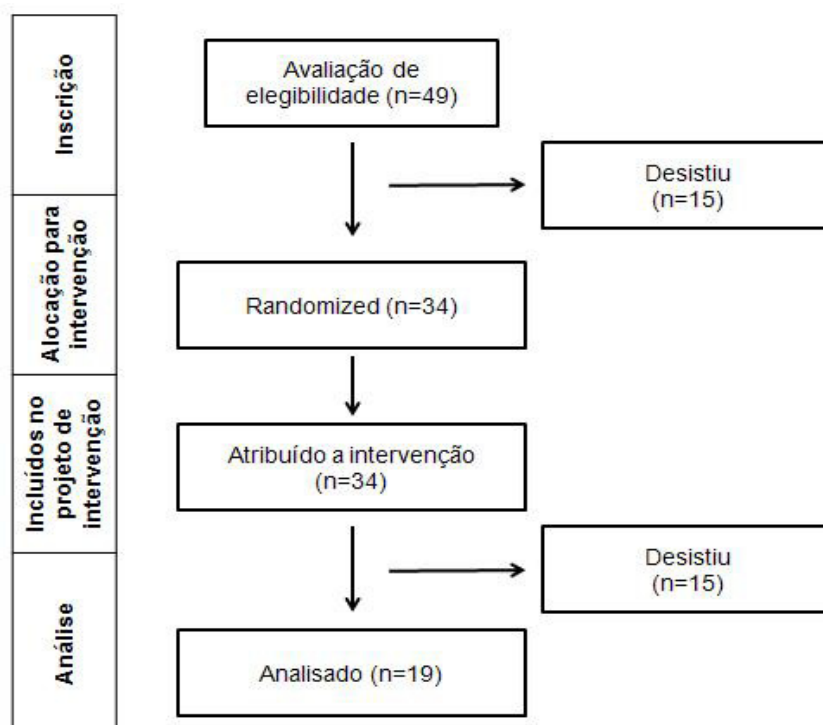
<b>Critérios de Exclusão</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>
Alterações de apoio medicamentoso (ansiolíticos, antidepressivos) durante o período da aplicação do design experimental	Assistentes operacionais do agrupamento de escolas da Câmara de Sintra
Baixa médica nos últimos 3 meses	Frequência de no mínimo dois terços das sessões

Desta modo, na presente investigação, foram voluntários 49 indivíduos pertencentes à categoria de Assistentes Operacionais, de três escolas dos 20

Agrupamentos de Escolas do Concelho de Sintra tendo sido realizada a primeira medição através da aplicação dos instrumentos utilizados. Como se pode observar na *Imagem 1*, dos 49 participantes, 34 foram alocados para a intervenção, 15 desistiram durante o período da primeira medição devido ao constrangimento sentido por parte das participantes derivado a algumas perguntas contidas nos instrumentos de avaliação, à incompatibilidade de horários das trabalhadoras de diferentes postos e a ausência de comprometimento até ao fim da intervenção.

No decorrer das sessões, 15 participantes foram desistindo ao longo do tempo, devido a motivos de saúde, mudança de posto de trabalho, sobrecarga de trabalho e aparecimento de compromissos de ordem pessoal. Desta forma, foram analisadas 19 participantes no qual satisfazem os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente provenientes de duas escolas dos 20 Agrupamentos de Escolas do Concelho de Sintra.

*Imagem 1 - Seleção da Amostra*



A amostra é constituída pelo género feminino. Na *Tabela 2* é apresentada a caracterização demográfica da amostra seleccionada, nomeadamente os dados

relativos à idade, organizada em escalão etário, nível de escolaridade, estado civil e rendimento líquido mensal familiar.

*Tabela 2 - Caracterização demográfica da amostra*

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>	Feminino	19	100
<b>Escalão Etário</b>	31-40	4	21,1
	41-50	5	26,3
	51-61	10	52,6
<b>Nível de Escolaridade</b>	Ensino Básico	10	52,6
	Ensino Secundário	7	36,8
	Ensino Superior	2	10,5
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	3	15,8
	Casado/União de Facto	13	68,4
	Separado	2	10,5
	Viúvo	1	5,3
<b>Rendimento líquido mensal familiar</b>	500€ - 999€	14	73,7
	1000€ - 1499€	1	5,3
	1500€ - 1999€	2	10,5
	2000€ - 2999€	2	10,5

### 3.4. Variáveis

Neste estudo, a variável independente é o programa de intervenção em relaxação e gestão do stresse, enquanto que as variáveis dependentes são stresse ocupacional, ansiedade, imagem corporal, satisfação profissional, vulnerabilidade ao stresse e condições gerais de saúde.

### 3.5. Instrumentos

Os instrumentos que permitiram a recolha e análise dos dados necessários para a realização do estudo para além de encontrarem-se em anexo (*Anexo II*) é também feita uma breve descrição de seguida.

**- Medidas Fisiológicas –** As medições fisiológicas foram realizadas com recurso a um esfigmomanómetro de forma a medir a pressão arterial e a frequência cardíaca,

também foi feita a medição da frequência respiratória. A frequência respiratória foi medida através da contagem dos ciclos respiratórios que realizam durante 1 minuto.

- **Questionário Geral sobre as Condições de Saúde** – desenvolvido pela equipa do Programa Reges, é constituído por questões intrínsecas à área da saúde: estado geral de saúde, atividade física, nutrição e controlo do peso, consumo de álcool, consumo de tabaco, medicação, problemas de saúde e a gestão de tempo, para além destes aspetos o questionário possui questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica (Rodrigues, 2012; Santos, 2012). Deste instrumento foram analisadas as seguintes variáveis: idade, tipo de alimentação, periodicidade da realização de exercício físico. Da variável peso e altura ainda se construiu a variável Índice de Massa Corporal (IMC), com quatro níveis: peso baixo, peso saudável, peso em excesso e obesidade.

- **Escala de Satisfação Profissional** é um instrumento desenvolvido por Graça, em 2000 e adaptado para o Programa Reges em que tem como objetivo avaliar a qualidade organizacional dos Centros de Saúde, mas tem sido usada por vários investigadores em diferentes contextos organizacionais. Desta forma, a escala é composta por duas partes distintas. A primeira parte é constituída por 8 subescalas ou dimensões de Satisfação Profissional: a) autonomia & poder; b) condições de trabalho & saúde; c) realização pessoal e profissional & desempenho organizacional; d) relação profissional/utente; e) relações de trabalho & suporte social; f) remuneração; g) segurança no emprego; h) status & prestígio. Estas dimensões encontram-se listadas de forma a que seja atribuído o grau de importância entre 1 a 8 a cada uma delas, ordenando de acordo com o critério de importância motivacional, sendo que o valor de 1 deve ser atribuído à dimensão que considera mais importante para a sua satisfação profissional e o valor de 8 deve ser atribuído à dimensão menos importante.

A segunda parte é constituída pelos 47 itens que representam as diferentes dimensões da satisfação profissional. Para cada um dos itens existem duas questões, A e B. A questão A – “Até que ponto deveria existir?”, está relacionada com a percepção das expectativas, desejos, valores ou preferências (i.e. aquilo que o indivíduo gostaria ou desejaria obter como recompensa pelo seu trabalho, competência, esforço e empenho enquanto profissional). A questão B – “Até que ponto existe?” - relaciona-se com a percepção dos resultados que o profissional obtém (ou julga obter) e que podem ficar atrás das suas expectativas e desejos.

A resposta a cada uma das questões, devem ser representadas por números inteiros e compreendida entre o valor mínimo de 0 e valor máximo de 10.

Desta forma, os índices de satisfação profissional surgem em função da discrepância entre as expectativas (representadas na questão A) e os resultados observados efetivamente (representados na questão B). Assim, pode dizer-se que um indivíduo se encontra satisfeito quando as expectativas se igualam ou são inferiores aos resultados que obtém na realidade, sendo a discrepância nula ou negativa. Por outro lado, quando as expectativas assumem valores superiores aos resultados, então pode dizer-se que o indivíduo se encontra insatisfeito, sendo que a discrepância representa valores superiores a 0. Este instrumento revelou boa consistência interna (*alpha de Cronbach=0,964*).

**- Questionário de Autoavaliação – Inventário da Ansiedade Estado-Traço (STAI Forma Y-1 e Forma Y-2)** é uma escala de auto-avaliação desenvolvida por Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs (1983), com o objetivo de medir aspectos não específicos da ansiedade (Gil, 2009). Neste estudo, utilizou-se a forma adaptada e validada para a população portuguesa por Silva e Correia (1997). É constituída por dois questionários (STAI-Y1 e STAI-Y2) (Tilton, 2008), cada uma composta por 20 itens numerados, destinados a medir dois conceitos distintos de ansiedade: o STAI-Y1 pretende avaliar a forma “como se sente habitualmente” (Ansiedade Estado) e o STAI-Y2, avalia a forma “como se sente neste momento” (Ansiedade Traço) (Pires, 2009). Os itens de ambas as escalas são avaliados através de uma escala tipo Likert, de 1 a 4. As possibilidades de respostas diferem entre as duas escalas, sendo que na escala STAI-Y1 as possibilidades de resposta são: 1- nada; 2- um pouco; 3- moderadamente; 4- muito; e na escala STAI-Y2 as possibilidades de resposta são: 1- quase nunca; 2- algumas vezes; 3- frequentemente; 4-quase sempre. Alguns itens estão formulados na negativa, pelo que a classificação das respostas deve ser invertida. Na escala STAI-Y1 devem ser invertidas as pontuações dos itens 1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20 (i.e. o valor 1 passa para 4; o valor 2 a 3; o valor 3 a 2; e valor 4 a 1). Na escala STAI-Y2 devem ser invertidas as pontuações dos itens 21,23,26,27,30,33,34,36 e 39.

A pontuação total é obtida através do somatório de cada um dos itens, para cada uma das escalas em separado, pelo que os valores variam entre 20 e 80. Um valor global de ansiedade, obtido pelo STAI é calculado através do somatório dos valores de ambas as escalas, pelo que os valores globais de ansiedade variam entre 40 e 160. Valores mais elevados correspondem a níveis de ansiedade mais elevados (Vasconcelos, 2007)

Este questionário é utilizado para determinar níveis de ansiedade, dado apresentar boa consistência interna em diversas populações. No presente estudo, tendo mostrado

boa consistência interna: STAI-Y1 (*alpha de Cronbach*= 0,863) e STAI-Y2 (*alpha de Cronbach*= 0,926).

- **Questionário da Forma Corporal (QFC)** foi desenvolvido por Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn (1987), com o objetivo de avaliar as preocupações com a imagem corporal ao nível das suas dimensões afetiva, cognitiva e comportamental. Neste estudo foi utilizado a forma validada para população portuguesa por Vieira, Palmeira, Francisco & Teixeira (2004). Este instrumento é constituído por 34 itens escala tipo Likert de 1 – nunca; 2 – raramente; 3 – algumas vezes; 4 – bastante vezes; 5 – muitas vezes; 6 – sempre. O resultado obtém-se através da soma das respostas que pode variar entre 34 a 204, sendo que resultados mais elevados está associada a uma pior imagem corporal (Pereira, 2015; Gonçalves, 2013).

Na presente investigação, este questionário obteve um valor de alfa de 0.94, demonstrando ser um instrumento com ótimos níveis de fidelidade

- **Questionário de Vulnerabilidade ao stress (23 QVS)** foi elaborado, construído e validado para a população portuguesa, por Adriano Vaz-Serra (2000), Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra. O 23 QVS tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade psicológica que dado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de stresse. É uma escala do tipo *Likert*, de 0 a 4, com as seguintes opções de resposta: 0 – concordo em absoluto; 1 – concordo bastante; 2 – nem concordo, nem discordo; 3 - discordo bastante; 4 – discordo em absoluto. Foi desenvolvida de forma a que, quanto mais elevada for o valor global, mais vulnerável se torna um indivíduo a um acontecimento indutor de stresse. Desta forma, as questões 1,3,4,6,7,8,20 são cotadas da esquerda para a direita, assumindo os valores 0,1,2,3,4; sendo que as restantes (2,5,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,21,22,23) são cotadas no sentido inverso. O valor global obtido pode variar entre 0 e 92 sendo que um valor global de 43, representa o ponto de corte acima do qual o indivíduo se encontra vulnerável ao stress (Serra, 2000).

No que diz respeito a população alvo, o 23 QVS pode ser aplicado a qualquer indivíduo, com excepção de três situações específicas: não deve ser aplicado a crianças, indivíduos na fase inicial da adolescência (Simões, Machado, Gonçalves & Almeida, 2007) e indivíduos que apresentem quadros clínicos como demência, perturbações mentais e psicóticas.

Para além da pontuação global obtida, através do somatório dos valores dos 23 itens, “o valor relativo a cada factor dá-nos uma ideia de qual aspeto, no perfil do indivíduo, o torna mais vulnerável” (Serra, 2000). Assim, os fatores de vulnerabilidade traduzem-se



da seguinte forma: perfeccionismo e intolerância à frustração (itens 5, 10, 16, 18, 19, 21); inibição e dependência funcional (itens 1,2,9,12,22); carência de apoio social (itens 3,6); condições de vida adversas (itens 4, 21); dramatização da existência (itens 5,8,20); subjugação (itens 11, 13, 14, 15); privação de afecto e rejeição (itens 7,13,17).

Quando avaliada a confiabilidade deste questionário, obteve-se um alpha de Cronbach igual a 0,814, revelando ter boa consistência interna.

### **3.6. Procedimentos**

#### **3.6.1. Seleção da amostra**

Durante o mês de Setembro de 2015 foi feito o contato com a Psicóloga da Câmara Municipal de Sintra, com intuito de perceber quais as escolas interessadas em participar do projeto. Depois de se ter tido conhecimento das escolas, foram realizadas reuniões com os diretores das três escolas que se disponibilizaram a participar no estudo, de forma a apresentar detalhadamente o programa e esclarecer eventuais dúvidas relativas ao projeto assim como verificar a disponibilidade e condições das salas onde decorreriam as sessões.

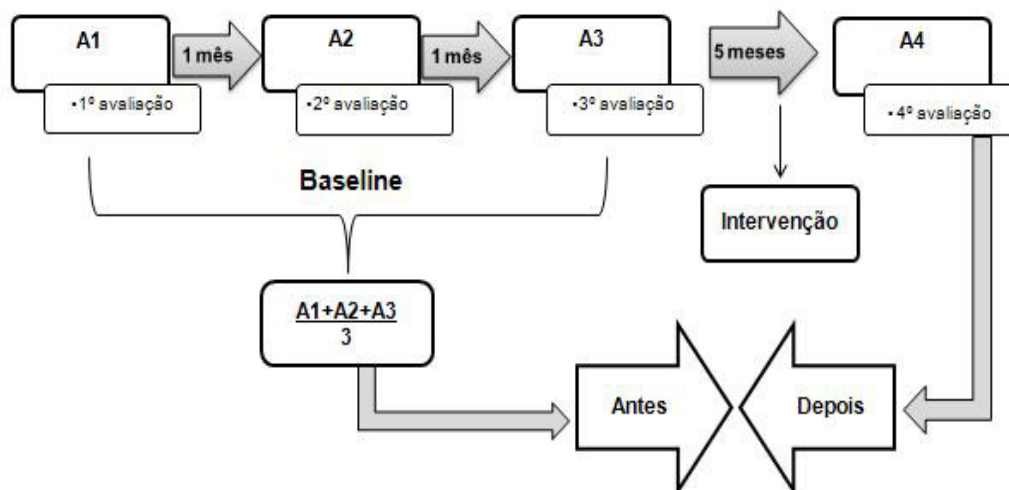
No primeiro contacto com as participantes pré-selecionadas foi feita uma breve apresentação dos investigadores do projeto e foi entregue a cada indivíduo um consentimento informado, onde procurou-se introduzir a problemática do stress, enquadrar os objetivos do estudo e da intervenção e assegurar a confidencialidade das informações recolhidas. Também foi realizado um levantamento das disponibilidades das participantes e das dinamizadoras para escolher o dia e a hora em que iriam decorrer as sessões. Todos os participantes aceitaram em colaborar no estudo de forma livre, voluntária e consentida.

#### **3.6.2. Design Experimental**

É um estudo quasi-experimental para medidas repetidas. Na *Imagem 2* é possível observar que as medidas foram feitas antes e no final do programa de intervenção a um grupo experimental, estes quatro momentos foram denominados como 1º avaliação (A1), 2º avaliação (A2), 3º avaliação (A3) e 4º avaliação (A4). Entre A1, A2 e A3 houve um intervalo de 1 mês sendo realizado antes do início da

intervenção, enquanto que A4 foi realizado no fim da intervenção e teve um intervalo de 5 meses a seguir ao momento A3. Depois da recolha de dados, foi feita a média das três avaliações ( $A1+A2+A3/3$ ) denominada de Baseline para que posteriormente os dados sejam comparados com os dados obtidos na A4.

*Imagem 2 - Design Experimental*



### 3.6.3. Recolha de dados

A A1 foi realizada no segundo contacto com as participantes e antes do início das sessões, em que foi disponibilizado por cada escola uma sala com cadeiras e mesas e foi distribuído a todas as participantes os cinco questionários utilizados para recolher os dados da amostra. Foi atribuído a cada participante um código de identificação de forma a garantir a anonimidade. Os questionários foram preenchidos individualmente e teve a duração de aproximadamente 2 horas.

Optou-se por se realizar uma sessão experimental antes do A1 de modo a introduzir as participantes a um conceito e ambiente novo e também de as motivar para as sessões seguintes, de forma a experienciarem os benefícios provenientes das sessões.

### 3.6.4. Aplicação do programa

O programa de intervenção apresentado neste estudo, foi desenvolvido tendo por base tanto a teoria interacional como as teorias transacionais porque por um lado,

a teoria interacional tem impacto nos processos cognitivos e na regulação tónico-emocional, contribuindo para a capacidade de auto-concentração e consciência somatognósia e na regulação respiratória associada ao controlo tónico, por outro lado, as teorias transacionais contribuem para o desenvolvimento da consciência da relação entre o Eu e os estímulos externos e a capacidade de relação com o outro, a interação com o seu ambiente nomeadamente o contexto de trabalho e os resultados dessa interação.

O programa teve a duração total de 7 meses, incluindo as avaliações iniciais, intervenção, avaliação final e interrupções letivas que decorreram ao longo desses meses (Natal, Carnaval, Páscoa e outros feriados).

O programa de intervenção integrou um total de 15 sessões durante o meses de Janeiro e Junho, realizadas 1 vez por semana, com a duração de 60 minutos. A planificação/calendarização das sessões foi feita de acordo e em consenso com a disponibilidade das assistentes operacionais e as dinamizadoras.

O programa foi realizado com ajustes pontuais em função das características de cada participante, nomeadamente os aspectos motivacionais, as limitações anatómicas funcionais e as possibilidades de autoconcentração e relação interpessoal.

As sessões decorreram em um local pouco ruidoso, na semi-obscuridade, temperatura amena, deitado, em grupo e com vestuário confortável sendo dinamizadas por duas pessoas licenciadas em Reabilitação Psicomotora. De modo a assegurar a participação das assistentes operacionais, as sessões decorreram durante o horário de trabalho e também em horário pós-laboral.

No início e no fim de cada sessão foram feitas medições fisiológicas com recurso a um esfigmomanómetro de forma a medir a pressão arterial e a frequência cardíaca de cada participante, também foi feita a medição da frequência respiratória. A frequência respiratória foi medida através da contagem dos ciclos respiratórios que realizam durante 1 minuto. Os dados relativos as medidas fisiológicas eram registados numa ficha de registo por cada participante individualmente (*Anexo IV*). A localização das tensões musculares em um desenho foi realizado no início e fim das sessões 0, 8 e 15 (*Anexo V*), em que primeiramente foi dado uma folha de registo com o desenho do corpo e depois de um momento de escuta era pedido às participantes para pintarem na folha de registo as partes do corpo onde sentiram ausência de tensão, tensão moderada e tensão elevada, com recurso a lápis de cores verde, amarela e vermelha, respetivamente.

As atividades que constituem o programa de intervenção foram elaboradas com o intuito de evoluírem progressivamente do concreto e somático para o simbólico,

da consciência para a auto-regulação dos estados internos, do global para o segmentar e da periferia para o eixo.

Assim, a primeira sessão, denominada de sessão 0, foi dedicada a criação de um ambiente agradável e acolhedor, de modo a fortalecer os laços entre as participantes para que se sintam mais confortáveis e dispostas a ouvir e partilhar informações pessoais sem se sentirem inibidas ou constrangidas (*Tabela nº3*). Esta sessão também não só contribuiu para conhecer potenciais “stressores” pessoais e ocupacionais, como também partilhar as expectativas em relação ao programa. A intervenção iniciou-se com atividades dinâmicas com o objetivo de promover a alternância entre os estados ativos/passivos e a dissociação segmentar, sendo que estas foram realizadas em todas as sessões e progressivamente foram sendo introduzidas outras atividades para poder atingir o objetivo pretendido de cada sessão e também com o programa em geral. Deste modo, a partir da segunda sessão foram introduzidas as atividades que podem ser observadas na *Tabela nº3*, assim como os objetivos pretendidos de cada sessão.

Tabela 3 - Organização das Sessões

Sessão	Organização	Objetivos
0	Medições Fisiológicas Localização de Tensões Atividade 1 – aproximar as pessoas e partilha entre todos Localização de tensões Medições Fisiológica Diálogo Final	- Criação de um ambiente agradável e acolhedor; - Fortalecimento dos laços entre as participantes; - Avaliar “stressores” pessoais e ocupacionais.
1	Medições fisiológicas Atividades dinâmicas Medições Fisiológicas Diálogo Final	- Promover a alternância entre os estados ativos/passivos e a dissociação segmentar.
2	Medições Fisiológicas Atividades dinâmicas Movimentos ativos/passivos globais Atividade 2 Medições Fisiológicas Diálogo Final	- Promover a diferenciação das características de estímulos externos, a sua interiorização e resposta adaptativa diferenciada; - Consciencializar o tônus residual e a possibilidade de acesso à passividade; - Promover um diálogo tónico-emocional recíproco
3	Medições Fisiológicas Atividades dinâmicas Movimentos ativos/passivos globais Mobilização passiva das pernas Inventário do corpo Medições Fisiológicas Diálogo Final	- Promover a capacidade de diferenciar os diferentes impactos internos em função de diferentes tipos de ser agente; - Consciencializar o tônus residual e a possibilidade de acesso à passividade; - Promover um diálogo tónico-emocional recíproco. - Tomar consciência da alternância entre a passividade

		<p>e a atividade no eixo axial;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a auto-concentração e a consciência somatognósia.</li> </ul>
<b>4</b>	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Atividades dinâmicas</p> <p>Movimentos ativos/passivos globais</p> <p>Mobilização passiva dos braços</p> <p>Auto-massagem direta</p> <p>Inventário do corpo</p> <p>Medições Fisiológicas</p> <p>Diálogo Final</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a diferenciação das características de estímulos externos, a sua interiorização e respostas adaptativa diferenciada;</li> <li>-Consciencializar o tônus residual e a possibilidade de acesso à passividade;</li> <li>- Promover um diálogo tónico-emocional recíproco;</li> <li>-Promover a auto-concentração e a consciência somatognósica.</li> </ul>
<b>5</b>	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Atividades dinâmicas</p> <p>Mobilização passiva das pernas</p> <p>Focalização nos estímulos visuais</p> <p>Auto-massagem direta</p> <p>Inventário do corpo</p> <p>Medições Fisiológicas</p> <p>Diálogo Final</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consciencializar o tônus residual e a possibilidade de acesso à passividade;</li> <li>- Promover um diálogo tónico-emocional recíproco</li> <li>-Promover a auto-concentração e a consciência somatognósica.</li> </ul>
<b>6</b>	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Atividades dinâmicas</p> <p>Mobilização passiva dos braços</p> <p>Auto-massagem mediado por um objeto</p> <p>Focalização nos estímulos auditivos</p> <p>Inventário do corpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a diferenciação das características de estímulos auditivos, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional</li> <li>- Consciencializar o tônus residual e a possibilidade de acesso à passividade;</li> <li>-Promover um diálogo tónico-emocional recíproco</li> </ul>

	Medições Fisiológicas Diálogo Final	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;</li> <li>- Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto.</li> <li>-Promover a auto-concentração e a consciência somatognósica</li> </ul>
7	Medições Fisiológicas Atividades dinâmicas Mobilização passiva de todo corpo Focalização nos estímulos tácteis Auto-massagem mediado por um objeto Inventário do corpo Medições Fisiológicas Diálogo Final	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a diferenciação das características de estímulos tácteis, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional;</li> <li>-Consciencializar o tônus residual e a possibilidade de acesso à passividade;</li> <li>-Promover um diálogo tónico-emocional recíproco</li> <li>-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;</li> <li>-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto.</li> </ul>
8	Medições Fisiológicas Atividades dinâmicas Localização de tensões Mobilização passiva de todo corpo Focalização nos estímulos quinestésicos Auto-massagem numa zona à escolha Consciência do controlo respiratório Inventário do corpo Localização das tensões Medições Fisiológicas Diálogo Final	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a diferenciação das características de estímulos tácteis, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional;</li> <li>-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;</li> <li>-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto.</li> </ul>

<b>9</b>	Medições Fisiológicas Atividades dinâmicas Movimentos ativos/passivos segmentares Mobilização passiva de todo corpo Auto-massagem numa zona à escolha Consciência do controlo respiratório Inventário do corpo Medições Fisiológicas Diálogo Final	- Promover a diferenciação das características de estímulos visuais, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional. -Promover a diferenciação das características de estímulos externos, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional -Promover a auto-concentração e a consciência somatognósica
<b>10</b>	Medições Fisiológicas Atividades dinâmicas Movimentos ativos/passivos segmentares Consciência do controlo respiratório Auto-massagem direta e corrente Visualização induzida Inventário do corpo Medições Fisiológicas Diálogo Final	-Promover a tomada de consciência dos limites corporais; -Promover a capacidade de auto-concentração; -Promover a integração representativa da noção somatognósica; -Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade; -Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto; -Tomada de consciência das características funcionais da respiração espontânea
<b>11</b>	Medições Fisiológicas Atividades dinâmicas Movimentos ativos/passivos segmentares Auto-massagem direta e corrente Visualização induzida Associar a respiração ao movimento Medições Fisiológicas	-Promover a tomada de consciência dos limites corporais; -Promover a capacidade de auto-concentração; -Promover a integração representativa da noção somatognósica; -Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;



	Diálogo Final	<p>-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto;</p> <p>-Tomada de consciência das características funcionais da respiração espontânea</p> <p>-Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional</p>
<b>12</b>	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Atividades dinâmicas</p> <p>Movimentos ativos/passivos segmentares</p> <p>Corrente</p> <p>Visualização induzida</p> <p>Associar a respiração ao movimento</p> <p>Medições Fisiológicas</p> <p>Diálogo Final</p>	<p>-Tomar consciência da somatognósia sequencial do corpo com base em referências tácteis e respectiva integração representativa;</p> <p>-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;</p> <p>-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto;</p> <p>-Regulação da respiração associada ao controlo tónico;</p> <p>-Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional</p>
<b>13</b>	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Atividades dinâmicas</p> <p>Movimentos ativos/passivos segmentares</p> <p>Movimentos ativos/passivos em um membro à escolha</p> <p>Corrente</p> <p>Visualização semi-induzida</p> <p>Associar a respiração ao movimento</p> <p>Medições Fisiológicas</p> <p>Diálogo Final</p>	<p>-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto;</p> <p>-Tomar consciência da somatognósia sequencial do corpo com base em referências tácteis e respectiva integração representativa;</p> <p>-Regulação da respiração associada ao controlo tónico;</p> <p>-Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional</p>
<b>14</b>	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Atividades dinâmicas</p>	<p>-Tomar consciência da somatognósia sequencial do corpo com base em referências tácteis e respectiva</p>

	Movimentos ativos/passivos segmentares Movimentos ativos/passivos em um membro à escolha Visualização semi-induzida Associar a respiração ao movimento Medições Fisiológicas Diálogo Final	integração representativa; -Regulação da respiração associada ao controlo tónico; -Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional
15	Medições Fisiológicas Localização de tensões Atividades dinâmicas Movimentos ativos/passivos segmentares Visualização auto-induzida Associar a respiração ao movimento Localização de tensões Medições Fisiológicas Diálogo Final	-Regulação da respiração associada ao controlo tónico; -Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional

No fim de todas as sessões era realizado um momento de reflexão, que para além de ajudar a perceber o impacto que as atividades tiveram nas participantes, também tinha o intuito de fomentar a coesão do grupo, partilha de experiência entre todas as participantes, expressar idéias, opiniões e incentivar o pensar sobre o problema de forma a encontrar a causa profunda e individual e poder descobrir uma relação direta de determinada tensão com determinada situação afetiva, de forma a também perceber se houve alguma transformação e refletir sobre o mesmo. Apesar deste momento ser importante, foi dada ênfase para que não sentissem qualquer obrigação em participar.

Para o momento de reflexão as participantes eram organizadas em um único círculo e expressavam-se verbalmente de forma voluntária ou induzidas através de algumas questões: Que sensações ficaram? Como se sentem neste momento? Qual o impacto das atividades em mim? Que dificuldades sentiram? Alguma dúvida? E por último, era pedido para cada participante escolher uma palavra no qual pudesse resumir o seu estado no fim da sessão (e.g. calma, tranquila, relaxada, tensa, entre outros). Estas palavras foram registadas numa folha de registo, denominada Ficha de Registo da Expressão Verbal (*Anexo VII*). Esta ficha de registo também foi utilizada para registar expressões ao longo das sessões relacionadas com as emoções (e.g. triste, alegre, desanimado, zangado, etc.), sensações (e.g. dor, desconforto, formigueiro, tensão, respiração, etc.), preocupação valorativa sobre o desempenho na atividade e aspetos motores (apenas nos casos em que são notórias alterações motoras relativas à amplitude, tonicidade, intencionalidade dos movimentos executados). O momento de reflexão é essencial para expressar o que foi sentido e vivido, facilitando a tomada de consciência e a expressão verbal do conteúdo sensorial e emocional da experiência.

Através da vivência corporal é possível reconhecer os agentes stressores (e.g. sistema de crenças desajustado, objetivos não definidos, baixa auto-estima, contenção das emoções, restrições de tempo e prazos apertados, sobrecarga de trabalho, carga horária, reconhecimento profissional, competitividade negativa, relações deterioradas, falta de trabalhadores, remuneração), contribuindo para a promoção da identidade, para consciência dos recursos pessoais, um maior sentimento de auto-controlo e um trabalho consciente de reelaboração de respostas mais eficazes para a saúde física e psíquica do indivíduo.

A progressão ao longo das sessões, é assegurada através da observação de comportamentos não relaxados, como por exemplo, movimentos respiratórios irregulares, suspirar, ressonar, algum membro tenso ou torcido, olhos abertos ou, se fechados, com as pálpebras tensas e a tremer, lábios firmemente fechados com os

dentes cerrados ou boca desconfortavelmente aberta, mãos juntas, fechadas com força, e os pés em posição vertical, cruzados ou excessivamente virados para fora. Quando o indivíduo for capaz de controlar momentaneamente as suas reações, em qualquer altura, em qualquer contexto, sem necessitar de ajuda exterior, ele torna-se-á autónomo, possibilitando o tempo de reflexão para encontrar outras soluções adequadas à situação.

As vivências corporais foram mediadas por meio da palavra, por mobilizações corpo a corpo, por objetos (lenços, bastões, bolas) e auto-massagem de modo a auxiliar as participantes a avaliar algumas situações geradores de stresse (e.g., o que explica que um mesmo acontecimento possa ser avaliado por algumas pessoas como irrelevante e, por outras, como ameaçador), refletir sobre os recursos disponíveis para lidar com a situação, e encontrar estratégias para a resolução dos problemas indutores de stress e/ ou regulação das suas próprias reacções de distress, com vista a procura da mudança de atitude do sujeito consigo próprio e consequentemente com os diferentes contextos onde inter actua.

Desto modo, os objetivos das sessões foram definidos em função da redução dos efeitos negativos do stresse (e.g. melhoria do sono, gestão do stresse, melhoria de um processo de recuperação de uma doença), promoção da saúde, produtividade e eficiência e protenciar a criatividade e insight, através da diminuição do tónus de vigiância, controlo dos estados emocionais, reduzindo a sobrecarga tensional através da localização das hipertónias e pondo em jogo os elementos constitucionais da personalidade.

A capacidade de dissociar, por um lado as várias sensações e por outro lado as respostas, vai permitir através do controlo da tonicidade, um suporte para o desenvolvimento das ações intencionais. Esta consciencialização das variações tónicas, irá contribuir para adquirir a capacidade de evocar mentalmente o próprio corpo, favorecendo processos de simbolização e representação, e aperfeiçoando o esquema corporal.

A passividade é fundamental para gestão do stresse pois o repouso regenera os tecidos fatigados e esgotados pela ação. Sem repouso, o corpo esgota rapidamente suas forças. Para ter um controlo completo do corpo, é necessário, além disso, saber ser ativo e passivo quando se quer. A passividade assegura uma recuperação mais rápida em todos os estados patológicos. A passividade deve ser alternada com a atividade. Esta regra assegura uma função ideal do organismo e torna os movimentos fáceis, é uma condição indispensável para a adaptabilidade ao meio.

Desta forma, torna-se possível uma tomada de consciência mais rápida do que é importante e disso decorre uma melhor organização do trabalho. A relaxação

permite um emprego mais judicioso dos recursos psíquicos e mentais do indivíduo. Após termos suprimido todas as tensões que obedecem à vontade, localizamos a tensão residual, e ao localizarmos e termos consciência desta tensão, esta situação psíquica torna-se consciente, a tensão correspondente é, com muita frequência, eliminada de imediato.

O indivíduo que está familiarizado com as suas oscilações tónicas e capaz de identificar os estados de tensão localizada, assiste à sua resolução, melhorando o auto-conhecimento e dominando as crises tónicas que faziam parte da sua história emocional pessoal.

Assim, a relaxação funciona como um meio de promoção da integração “ecológica” do sujeito no seu envolvimento, permitindo-lhe ultrapassar mecanismos reativos exagerados, o indivíduo caminha assim para a unidade do seu Eu, na qual os aspectos psíquicos e corporais são indissociáveis.

### **3.6.5. Análise dos Resultados**

O tratamento e a análise estatística dos dados obtidos foram processados no programa informático *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS -, versão 23.0 para *Windows*.

Primeiramente, fez-se um estudo descritivo das variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra, cujos principais resultados já estão enunciados no ponto respeitante à amostra do presente trabalho.

Para a análise das diferentes variáveis e questões em estudo, recorreu-se à Estatística Descritiva, Coeficientes de Correlação de Pearson, Coeficientes de Correlação de Spearman e Wilcoxon Signed Rank Test.

Para o presente estudo foi escolhido um nível de significância estatística de  $p=0,05$ .

No ponto seguinte será feita a análise e discussão dos resultados obtidos.

#### IV. RESULTADOS

A tabela 4 apresenta as frequências e percentagens relativas à quatro itens do Questionário Geral sobre as Condições de Saúde, nomeadamente à idade, à qualidade e quantidade de alimentação diária, se pratica alguma atividade física e o IMC, recolhidas na primeira avaliação (A1).

*Tabela 4 - Frequência e Percentagem relativas à idade, alimentação, atividade física e IMC*

		N	Percentagem
<b>Idade</b>	Abaixo dos 50	9	47,4%
	Acima dos 50	10	52,6%
<b>Tipo de Alimentação</b>	Boa	12	63,2%
	Razoável	7	36,8%
<b>Prática de Atividade Física</b>	Sim	10	52,6%
	Não	9	47,4%
<b>IMC</b>	Baixo Peso	1	5,3%
	Saudável	3	15,8%
	Excesso de Peso	9	47,4%
	Obesidade grau I	6	31,6%

Como é possível verificar pela análise deste quadro, a maioria das participantes do estudo possuem idade igual ou superior a 50 anos (52,6%). A variável tipo de alimentação permite compreender se os indivíduos apresentam uma alimentação muito boa, boa, razoável ou má, sendo possível observar que 63,2% das participantes referem ter uma alimentação boa qualitativamente e quantitativamente.

Em relação à prática de atividade física, 52,6% referem praticar algum tipo de atividade física. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) verifica-se que 47,4% das participantes possuem excesso de peso e 31,6% possuem peso obesidade grau I.

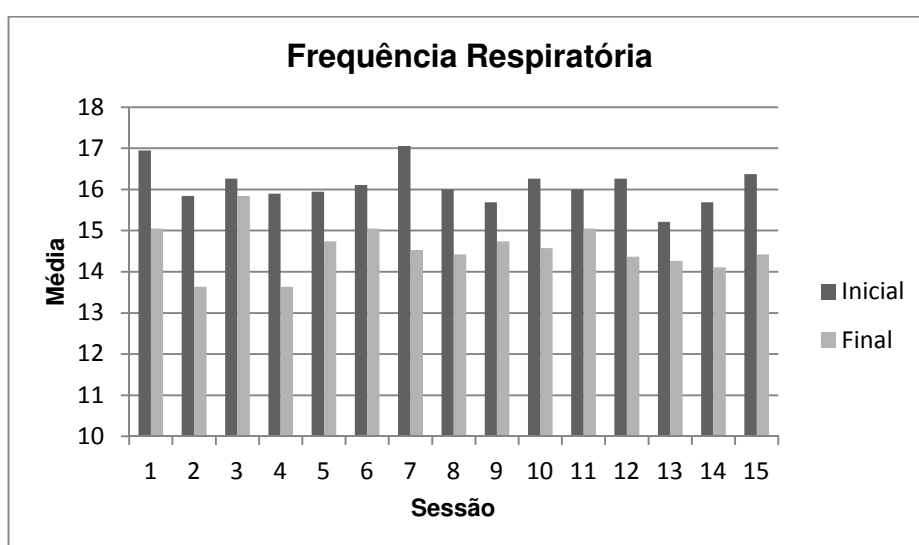
Desta forma, pode-se verificar que apesar de as participantes considerarem que possuem uma boa alimentação e praticarem atividade física, estas possuem excesso de peso, estando este associado à depressão, baixa auto-estima e doenças cardiovasculares (Madrigal, Sanchez-Villegas, Martínez-González, Kearney, Gibney, Irala et al., 2000; Pesa, Syre & Jones, 2000)

Como já foi mencionado anteriormente na metodologia, as medidas fisiológicas foram feitas no início e no final de todas as sessões. Nos gráficos a seguir (*Gráfico 1*,

Gráfico 2, Gráfico 3 e Gráfico 4), apresentam-se os valores da diferença obtida entre o momento inicial e o momento final relativos à Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca e Tensão Arterial Diastólica e Sistólica.

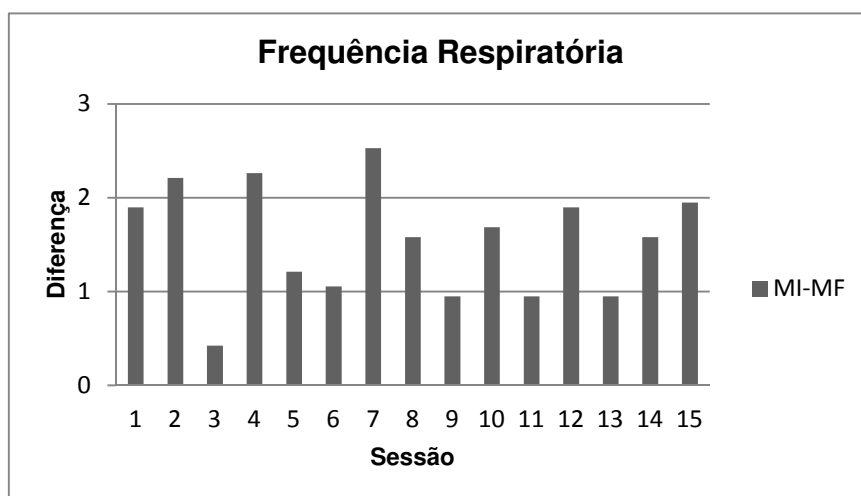
A partir dos resultados obtidos, um dos primeiros aspetos a analisar relaciona-se com os valores da média correspondentes à frequência respiratória. Os resultados indicam que em todas as sessões há um efeito positivo com uma redução do valor da frequência respiratória entre o início e final de todas as sessões. Ao analisarmos o valor da média relativo ao momento inicial (16,10) e momento final (14,56) constata-se uma redução da mesma.

Gráfico 1 – Valor da média da Frequência Respiratória nas 15 sessões



No gráfico 2, é possível observar os valores relativos à diferença entre o momento inicial e o momento final das 15 sessões realizadas, o que indica uma variabilidade do valor da frequência respiratória ao longo das sessões. Esta diferença significa que houve uma diminuição do valor da frequência respiratória (MI>MF). Desta forma, onde se registou uma maior diferença entre o momento inicial e o momento final foram nas sessões 2, 4 e 7, o que pode ser explicado pelo conteúdo das atividades realizadas nas respetivas sessões, nomeadamente, movimentos ativos/passivos globais, mobilização passiva de um membro e de todo o corpo, auto-massagem e focalização nos estímulos tácteis.

Gráfico 2 - Diferença entre o Momento Inicial (MI) e o Momento Final (MF) da Frequência Respiratória nas 15 sessões



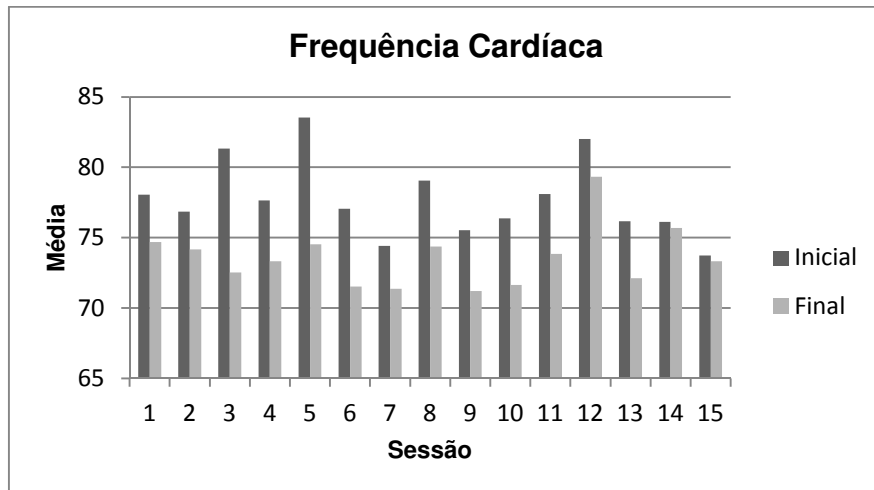
Os dados relativos à Frequência Cardíaca são apresentados no *Gráfico 3* e no *Gráfico 4*. Os resultados do *Gráfico 3* mostram que entre a 1ª sessão e a 15ª sessão, existiu uma redução do valor da média indo de encontro a alguns estudos tanto com profissionais da educação Borges & Ferreira (2013) como em outras categoriais profissionais, como cuidadores (Goméz, 2010), enfermeiras (Batcheller, 2011) e outros profissionais de saúde (Chaudhuri, Ray, Saldanha & Bandopadhyay, 2014), em que afirmam os benefícios da relaxação na redução da frequência cardíaca.

Assim, o valor da média no momento inicial (77,73) e momento final (73,67) indicam uma redução do valor da frequência cardíaca.

É possível afirmar que 15 sessões são suficientes para verificar a eficácia da relaxação na redução da frequência cardíaca (Nieto et al., 2001; Wolever, Bobinet, McCabe e Machenzie, 2012; Goetz et al., 2013; Tsang, Cheung, Chan, Fung, Leung & Au, 2013; Kestenberg et al., 2014; Chaudhuri et al., 2014; Chicayban e Malagris, 2014; Ramanpreet, 2015; Elder, Nidich, Moriarty e Nidich, 2014; Vasconcelos, 2014).

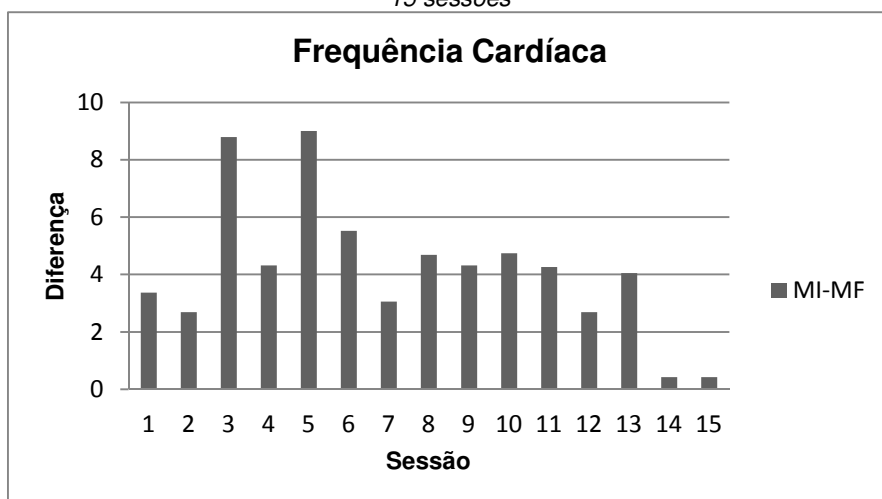


Gráfico 3 – Valor da média da Frequência Cardíaca nas 15 sessões



No gráfico 4, é possível observar os valores relativos à diferença entre a média do momento inicial e o momento final. Esta diferença significa que houve uma diminuição do valor da frequência cardíaca ( $MI > MF$ ). Desta forma, verifica-se que nas sessões 3 e 5 foi registado uma maior diferença no valor da média entre o momento inicial e o momento final. Nas sessões 14 e 15 não foi registado uma grande diferença entre o momento inicial para o momento final, o que pode ser explicado pela realização de atividades de baixa intensidade, nomeadamente, visualização, associar a respiração ao movimento e movimentos ativos/passivos segmentares.

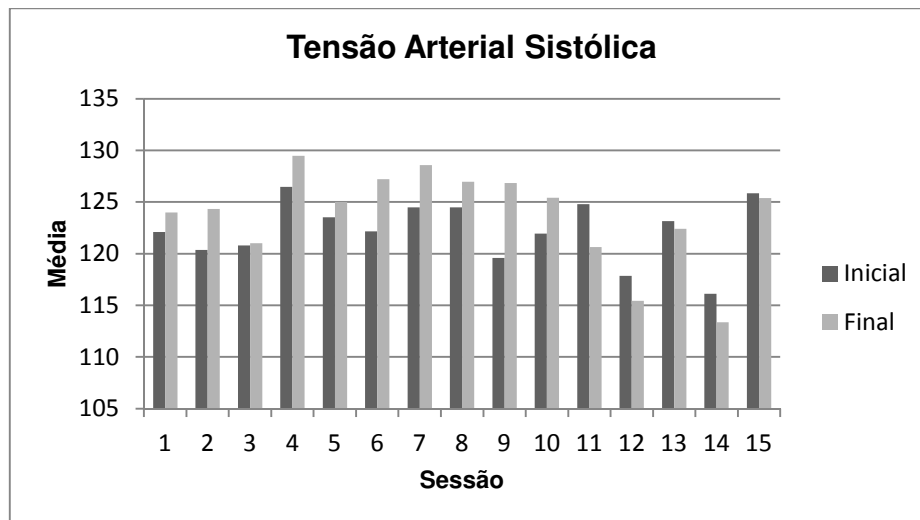
Gráfico 4 – Diferença entre o Momento Inicial (MI) e o Momento Final (MF) da Frequência Cardíaca nas 15 sessões



Os valores relativos à pressão arterial sistólica encontra-se no Gráfico 5. Assim, é possível observar que houve um aumento do valor médio entre o início e final até a 10ª sessão, havendo uma diminuição deste valor até a 14ª sessão, sendo que na

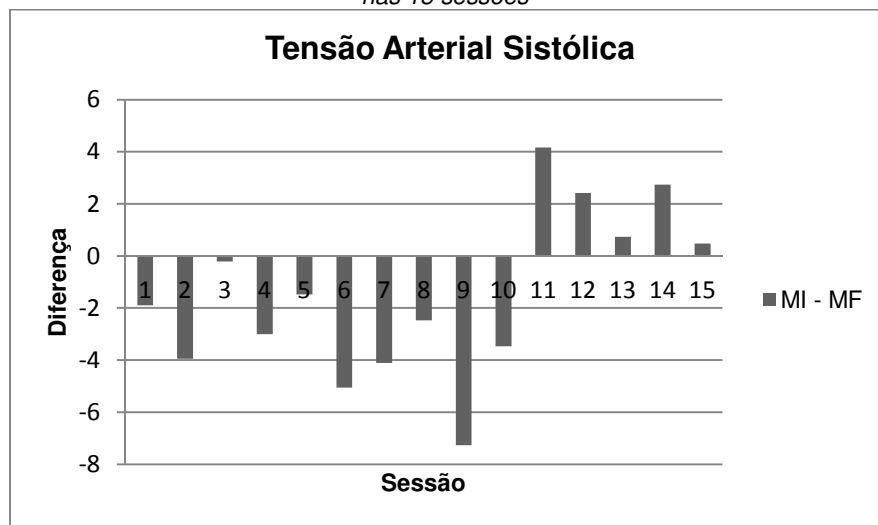
última sessão o valor entre o início e final da sessão manteve-se igual. Assim, houve um ligeiro aumento do valor da média da pressão arterial sistólica após a implementação do programa de intervenção ( $\bar{x}_{MI} = 122,2$ ;  $\bar{x}_{MF} = 123,7$ ). Os estudos em que obtiveram os mesmos resultados são escassos.

Gráfico 5 - Valor da média da Tensão Arterial Sistólica nas 15 sessões



No gráfico 6, é possível observar os valores relativos à diferença entre a média do momento inicial e o momento final da tensão arterial sistólica. Esta diferença significa que houve um aumento da tensão arterial sistólica até a sessão 10 ( $MI < MF$ ) e uma diminuição do valor nas restantes sessões ( $MI > MF$ ). Esta situação pode ser explicado pelo conteúdo das atividades realizadas, nomeadamente, até a sessão 10 foram realizadas atividades dinâmicas e com maior intensidade e a partir da sessão 11 houve uma mudança no conteúdo, passando as atividades para uma baixa intensidade.

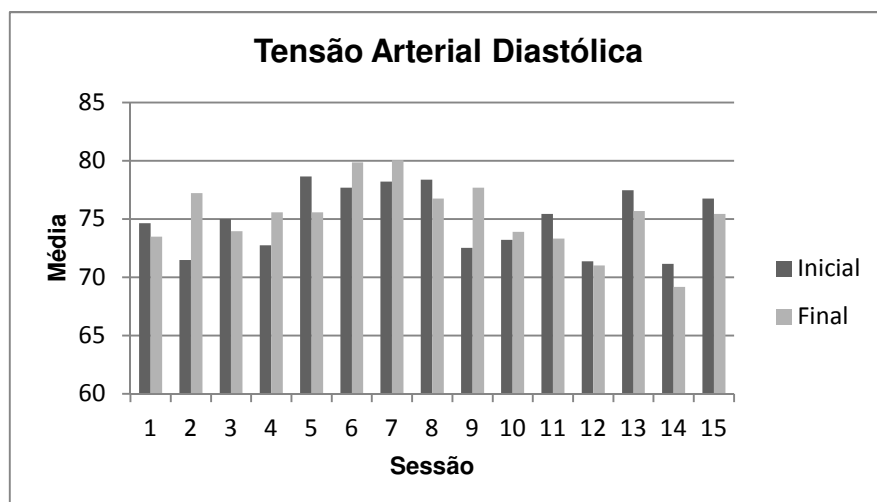
Gráfico 6 – Diferença entre o Momento Inicial (MI) e o Momento Final (MF) da Tensão Arterial Sistólica nas 15 sessões



No Gráfico abaixo (*Gráfico 7*), é possível verificar uma diminuição da pressão arterial diastólica no final de cada sessão, excepto nas sessões 2, 6, 7, 9 e 10, em que os valores da pressão diastólica aumentaram no final da sessão ( $I=71,5$  e  $F=77,2$ ;  $I=77,7$  e  $F=79,8$ ;  $I=78,4$  e  $F=80,1$ ;  $I=72,5$  e  $F=77,7$ ;  $I=73,2$  e  $F=73,9$ ). Essas diferenças podem ser explicadas pelo tipo de atividade realizadas nas respectivas sessões, nomeadamente, movimentos ativos/passivos globais e segmentares, mobilização passiva dos braços e mobilização passiva do todo corpo por um colega e auto-massagem.

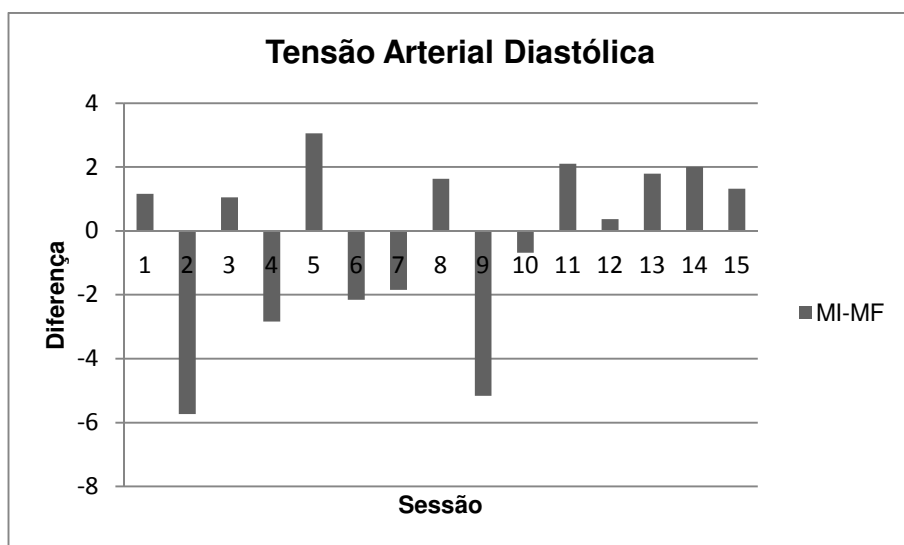
Também é possível verificar que houve um aumento da valor da média após a implementação do programa de intervenção ( $\bar{x}_{MI} = 74,96$ ;  $\bar{x}_{MF} = 75,2$ ).

Gráfico 7 - Valor da média da Tensão Arterial Diastólica nas 15 sessões



Em relação os valores relativos à diferença entre a média do momento inicial e o momento final da tensão arterial diastólica (*Gráfico 8*), verifica-se uma situação semelhante aos valores da tensão arterial sistólica, sendo que há um aumento nas sessões 2, 4, 6, 7 e 9, esta diferença significa que houve um aumento da tensão arterial sistólica (MI<MF) e uma diminuição do valor nas sessões 1, 3, 5, 8, 11, 12, 13, 14 e 15 (MI>MF).

*Gráfico 8 – Diferença entre o Momento Inicial (MI) e o Momento Final (MF) da Tensão Arterial Diastólica nas 15 sessões*



De forma a perceber se houveram diferenças estatisticamente significativas entre o início e o final ao longo das 15 sessões, foi utilizado o Teste de Wilcoxon. É possível observar na *Tabela 5* que os valores da Frequência Respiratória ( $Z=-3,825$ ,  $p<0,05$ ) e Frequência Cardíaca ( $Z=-3,783$ ,  $p<0,05$ ) mostram uma diminuição estatisticamente significativa no final das sessões, sendo que a diminuição da frequência respiratória foi registada em todas as participantes e em relação à frequência cardíaca a diminuição foi registada em 18 participantes.

Relativamente aos valores da Tensão Arterial Sistólica ( $Z=-0,906$ ,  $p>0,05$ ) e Tensão Arterial Diastólica ( $Z=-,221$ ,  $p>0,05$ ), não mostraram uma redução estatisticamente significativa entre o início e final das sessões. Os valores da tensão arterial sistólica aumentaram em 12 participantes e os valores relativos à tensão arterial diastólica aumentaram em 10 participantes.

Tabela 5 - Teste de Wilcoxon para as medidas fisiológicas entre o início e fim das 15 sessões

		N	Média das ordens	Z	Sig
<b>Frequência Respiratória</b>	Ordens Negativas	0 <sup>a</sup>	0,00		
	Ordens Positivas	19 <sup>b</sup>	10,00	-3,825 <sup>e</sup>	,000
	Empates	0 <sup>c</sup>			
<b>Frequência Cardíaca</b>	Ordens Negativas	1 <sup>a</sup>	1,00		
	Ordens Positivas	18 <sup>b</sup>	10,50	-3,783 <sup>e</sup>	,000
	Empates	0 <sup>c</sup>			
<b>Tensão Arterial Sistólica</b>	Ordens Negativas	12 <sup>a</sup>	9,79		
	Ordens Positivas	7 <sup>b</sup>	10,36	-,906 <sup>f</sup>	3,65
	Empates	0 <sup>c</sup>			
<b>Tensão Arterial Diastólica</b>	Ordens Negativas	10 <sup>a</sup>	10,05		
	Ordens Positivas	9 <sup>b</sup>	9,94	-,221 <sup>f</sup>	,825
	Empates	0 <sup>c</sup>			

a. Medida Fisiológica Início < Medida Fisiológica Fim

b. Medida Fisiológica Início > Medida Fisiológica Fim

c. Medida Fisiológica Início = Medida Fisiológica Fim

d. Wilcoxon Signed Ranks Test

e. Based on negative ranks

f. Based on positive ranks

A *Tabela 6* mostra o score da mediana do início e do final nas 15 sessões, verificando uma diminuição do score da mediana da Frequência Respiratória do início (Md = 16,00) para o final (Md = 14,73) das sessões. Esta diminuição também é registada no score da mediana da Frequência Cardíaca (Md = 76,13; Md = 73,20) e Tensão Arterial Sistólica (Md = 121,53; Md = 119,00). Houve um ligeiro aumento do score da mediana nos valores da Tensão Arterial Diastólica, indicando que mais de metade das participantes da amostra revelou um ligeiro aumento nesta variável.

Tabela 6 - Score da mediana relativo às medidas fisiológicas entre o início e fim das 15 sessões

		Frequência Respiratória	Frequência Cardíaca	Tensão Arterial Sistólica	Tensão Arterial Diastólica
<b>Início</b>	Mediana	16,00	76,13	121,53	74,53
<b>Fim</b>		14,73	73,20	119,00	74,67

Os autores Tiggemann (2005) e Espinoza, Penelo e Raich (2010) afirmam que o IMC é um bom preditor da satisfação/insatisfação com a imagem corporal. Desta forma, na *Tabela 7* é possível observar os valores relativos a correlação entre as variáveis imagem corporal e IMC obtidos através da Correlação linear de Pearson. Através dos dados obtidos é possível verificar uma correlação positiva forte e significativa entre as variáveis imagem corporal e IMC ( $r=0,64$ ) na pré e pós-intervenção. Estes valores indicam que valores elevados da escala de satisfação com a imagem corporal, isto é, insatisfação com a imagem corporal está relacionado com valores elevados de IMC. Esta análise relaciona-se com o facto dos indivíduos com um peso baixo e saudável apresentarem uma maior satisfação com a imagem corporal do que os indivíduos com excesso de peso e obesidade. Em alguns estudos realizados verificou-se que à medida que aumentava o IMC, diminuía o nível de satisfação com a imagem corporal (Madrigal, Sanchez-Villegas, Martínez-González, Kearney, Gibney, Irala et al, 2000; Schwartz & Brownell, 2004; Schneider, Liberali, Netto, Mutarelli & Schneider, 2014). Os resultados vão de encontro aos resultados obtidos no estudo de Ferreira & Leite (2002) e Saur & Pasian (2008) em que as mulheres obesas apresentaram maior insatisfação com a sua imagem corporal.

Tabela 7 – Correlação linear de Pearson entre as variáveis imagem corporal (QFC) e IMC

		1	2
<b>Pré-intervenção</b>	1. QFC	-	0,64**
	2. IMC	0,64**	-
<b>Pós-intervenção</b>	1. QFC	-	0,64**
	2. IMC	0,64**	-

\*\* . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)

No que concerne ao tipo de alimentação em geral qualitativamente e quantitativamente, este estudo verificou que estes influenciam a satisfação com a imagem corporal. Os valores relativos a correlação entre as variáveis imagem corporal e o tipo de alimentação encontram-se na *Tabela 8* obtidos a partir da Correlação linear de Spearman. É possível verificar que existe uma correlação moderada entre as variáveis imagem corporal e tipo de alimentação ( $r=0,46$ ) na pré-intervenção mantendo-se essa relação na pós-intervenção apesar de se ter registado uma diminuição do valor da correlação ( $r=0,36$ ). Estes valores indicam que valores elevados da escala de satisfação com a imagem corporal, isto é, insatisfação com a imagem corporal, está relacionado com uma boa alimentação qualitativamente e quantitativamente. Considerando que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos com excesso de peso, estes referem que possuem uma alimentação boa, enquanto que indivíduos com obesidade grau I referem que possuem uma alimentação razoável. Os indivíduos que têm uma alimentação boa apresentam uma maior insatisfação com o corpo em relação aos elementos com uma alimentação razoável.

Estes resultados podem ser explicado pela valorização quanto aos padrões de magreza, o conflito entre o ideal prescrito pela sociedade e a pressão que representa tal modelo de beleza (Andrade & Bosi, 2003). Os autores Damasceno, Vianna, Vianna, Lacio, Lima & Novaes (2006), concluíram que apesar de existirem valores de IMC recomendados pela Organização Mundial de Saúde para a adequada manutenção da saúde, o tipo físico idealizado é determinado culturalmente.

*Tabela 8 - Correlação de Spearman entre imagem corporal (QFC) e tipo de alimentação*

		1	2
<b>Pré-intervenção</b>	1. QFC	-	0,46*
	2. Alimentação	0,46*	-
<b>Pós-intervenção</b>	1. QFC	-	0,36
	2. Alimentação	0,36	-

\*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)

Os resultados do Wilcoxon Signed Rank Test, apresentados na *Tabela 9*, indicam que não houveram reduções estatisticamente significativas entre as variáveis ansiedade-estado ( $z=-0,13$ ;  $p>0,05$ ), ansiedade-traço ( $z=-0,85$ ;  $p>0,05$ ), imagem

corporal ( $z=-0,50$ ;  $p>0,05$ ) e vulnerabilidade ao stresse ( $z=-0,72$ ;  $p>0,05$ ), não revelando reduções estatisticamente significativa na variável satisfação profissional ( $z=-0,96$ ;  $p>0,05$ ) após o programa de intervenção.

*Tabela 9 - Teste de Wilcoxon para a ansiedade-estado (STAI-Y1), ansiedade-traço (STAI-Y2), imagem corporal (QFC), vulnerabilidade ao stresse (QVS) e satisfação profissional (SP) entre a pré e pós-intervenção*

		N	Média das Ordens	Soma das Ordens	Z	Sig.
<b>STAI-Y1</b>	Ordens Negativas	10 <sup>a</sup>	8,25	82,50		
	Ordens Positivas	8 <sup>b</sup>	11,06	88,50	-,131 <sup>e</sup>	0,90
	Empates	1 <sup>d</sup>				
<b>STAI-Y2</b>	Ordens Negativas	9 <sup>a</sup>	10,50	94,50		
	Ordens Positivas	8 <sup>b</sup>	7,31	58,50	-,853 <sup>f</sup>	0,39
	Empates	2 <sup>c</sup>				
<b>QFC</b>	Ordens Negativas	12 <sup>a</sup>	8,96	107,50		
	Ordens Positivas	7 <sup>b</sup>	11,79	82,50	-,503 <sup>f</sup>	0,62
	Empates	0 <sup>c</sup>				
<b>QVS</b>	Ordens Negativas	10 <sup>a</sup>	11,30	113,00		
	Ordens Positivas	9 <sup>b</sup>	8,56	77,00	-,725 <sup>f</sup>	0,47
	Empates	0 <sup>c</sup>				
<b>SP</b>	Ordens Negativas	11 <sup>a</sup>	10,82	119,00		
	Ordens Positivas	8 <sup>b</sup>	8,88	71,00	-,966 <sup>f</sup>	0,33
	Empates	0 <sup>c</sup>				

a.variável pré-intervenção < variável pós-intervenção

b.variável pré-intervenção > variável pós-intervenção



- c.variável pré-intervenção = variável pós-intervenção  
d.Wilcoxon Signed Ranks Test  
e.Based on negative ranks  
f.Based on positive ranks

Os valores da mediana apresentados na *Tabela 10* mostram que houve uma diminuição do valor nas variáveis ansiedade-estado e ansiedade-traço da pré-intervenção ( $r=40,67$ ;  $r=36,67$ , respectivamente) para a pós-intervenção ( $r=39,00$ ;  $r=33,00$ , respectivamente). Também é possível observar que os valores da mediana aumentaram nas variáveis imagem corporal, vulnerabilidade ao stresse e satisfação profissional da pré-intervenção ( $r=46,33$ ;  $r=41,67$ ;  $r=2,09$ , respectivamente) para a pós-intervenção ( $r=48,00$ ;  $r=44,00$ ;  $r=2,21$ , respectivamente), mostrando que pelo menos metade da amostra observada revelou os resultados acima mencionados.

*Tabela 10 - Score da mediana da ansiedade-estado (STAI-Y1), ansiedade-traço (STAI-Y2), imagem corporal (QFC), vulnerabilidade ao stresse (QVS) e satisfação profissional (SP) na pré e pós-intervenção*

		STAI-Y1	STAI-Y2	QFC	QVS	SP
Pré- intervenção	Mediana	40,67	36,67	46,33	41,67	2,09
Pós- intervenção		39,00	33,00	48,00	44,00	2,21

Diversos autores referem que os valores de ansiedade-estado e ansiedade-traço são geralmente muito semelhantes entre si (e.g. Rodrigues, 2012; Sylvers, Lilienfeld e LaPrairie, 2011; Tovilovic, Novovic, Mihic & Jovanovic, 2009). No entanto, como é possível observar na *Tabela nº10*, os valores de ansiedade-estado (como se sente habitualmente) são superiores aos valores de ansiedade-traço (como se sente neste momento) (40,67 e 36,67), respectivamente). Estes resultados vão de encontro aos estudos de Rodrigues (2012) e Cunningham, Gilthorpe & Hunt (2000), em que o autor verificou que o valor de ansiedade-estado foi superior ao valor de ansiedade-traço nas respectivas amostras, indo também de encontro à perspectiva de Silva e Spielberger (2011, cit in Simões, 2013) e Corselho (2008). Segundo esses autores os sujeitos que revelam níveis elevados de ansiedade-traço têm predisposição para manifestar níveis de ansiedade-estado igualmente elevados. No entanto, um indivíduo que revele níveis de ansiedade-estado altos não revela, necessariamente, níveis de ansiedade-traço elevados.

O presente estudo também procurou investigar o impacto da intervenção na imagem corporal, assim como relacionar esta variável com as restantes variáveis avaliadas e exploradas. Os resultados obtidos da avaliação da imagem corporal indicam que o valor da mediana obtido foi igual a 46,33 na pré-intervenção e 48,00 na pós-intervenção. Os indivíduos neste estudo revelam índices de preocupação com a aparência física relativamente baixos, mostrando uma satisfação com a sua imagem corporal, no entanto a insatisfação com a sua imagem corporal aumentou no fim da intervenção. Este valor é inferior ao valor alcançado nos estudos de Moraes (2014), Rodrigues (2012) e Santos (2012), que para esta variável obtiveram um valor médio de 60,43, 61,21 e 58,51, numa amostra com assistentes técnicos e técnicos superiores, da Câmara Municipal de Sintra, indicando baixa prevalência de insatisfação com a imagem corporal, uma vez que o valor máximo que se pode obter na aplicação do QFC é 204.

Outro aspeto a analisar, tendo em conta os dados alcançados, diz respeito à vulnerabilidade ou não vulnerabilidade ao stresse, evidenciada pelos sujeitos do estudo. O cálculo da prevalência de vulnerabilidade ao stresse na amostra foi efetuado a partir das respostas obtidas no 23 QVS. Regista-se uma percentagem de 47,4% de assistentes operacionais que apresentam níveis de vulnerabilidade ao stresse e a maioria – 52,6% não se revelou vulnerável.

É possível verificar que a amostra considerada não apresenta índices preocupantes de vulnerabilidade ao stresse, uma vez que o score médio obtido é inferior a 43 (39,67). No entanto, é possível observar que este valor aumenta na pós-intervenção (44,00), indicando um ligeiro aumento dos valores de vulnerabilidade ao stresse. Num estudo levado a cabo por Pocinho e Capelo (2009), as autoras verificaram que na sua amostra, de docentes portugueses do ensino básico, 20,4% dos professores revelaram vulnerabilidade ao stresse, sendo que 79,6% não se revelaram vulneráveis. Esses resultados são semelhantes aos de Quirino (2007) que verificou percentagens de 23% de vulnerabilidade. Já Martins, Bispo, Campos, Moreira, Martins & Vieira (2016) constatou que 50% dos professores da sua amostra são vulneráveis ao stresse.

Uma vez que não foram encontradas investigações de vulnerabilidade ao stresse em funcionários municipais, e visto que na amostra do presente estudo os indivíduos trabalham num contexto educativo, i.e. em escolas, considera-se que, comparativamente às investigações com docentes, os assistentes operacionais da amostra, evidenciam valores superiores aos valores reportados pelos professores. Se se pensar que, tal como os docentes, a maioria dos assistentes operacionais lida

diariamente com a indisciplina, pressões temporais e sobrecarga de trabalho, podem-se justificar estes resultados.

Quando explorada a prevalência de ansiedade nos indivíduos considerados vulneráveis ao stresse, verifica-se que estes apresentam valores significativamente superiores aos valores reportados pelo grupo de indivíduos não vulneráveis. Para além disso, verificam-se ainda diferenças significativas nos valores de ansiedade-estado e ansiedade-traço entre os grupos de indivíduos vulneráveis e não vulneráveis. Consta-se que, nos indivíduos com vulnerabilidade ao stresse, os valores de ansiedade-traço são significativamente superiores aos valores de ansiedade-estado. Contrariamente, os profissionais não vulneráveis apresentam os valores de ansiedade-estado superiores aos valores de ansiedade-traço.

A maior parte dos estudos portugueses que investigam a satisfação profissional fazem-no em profissionais de saúde e professores e, tal como o presente estudo, utilizam a Escala de Satisfação Profissional desenvolvido por Graça. Observando o valor da mediana da avaliação do nível de satisfação profissional considerados na amostra e evidenciado na *Tabela nº10*, os resultados apontam para um grau de satisfação positivo, uma vez que o valor da mediana obtido é 2,09 pontos numa escala de 0 a 10. Tal valor é resultado da diferença entre as expectativas e os resultados indicados pela amostra para cada um dos itens da segunda parte da escala de avaliação. Tendo em conta que o valor de satisfação profissional pode variar entre 0 e 10 (sendo o valor 0 o ideal de satisfação), e considerando o valor obtido, pode dizer-se que a amostra não apresenta valores indicativos de insatisfação profissional. No entanto, quando analisados os valores das expectativas e realidade separadamente, é possível verificar que na pré-intervenção o valor médio da expectativa é 420,8 sendo que o valor da realidade é 345,0, deste modo, como os valores da expectativa são superiores aos resultados, então pode dizer-se que em média os indivíduos se encontram insatisfeitos. Na pós-intervenção, apesar de se verificar uma diminuição do valor médio (E – 408,9; R- 308,2), os resultados da expectativa continuam superiores aos resultados da realidade.

No que respeita à hierarquização das dimensões de acordo com as motivações de cada indivíduo, constata-se a dimensão mais importante é a “*Remuneração*” tanto na pré-intervenção como na pós-intervenção. Em contrapartida, a dimensão apontada como menos importante nos dois momentos é “*Status & Prestígio*”. Estes dados são idênticos aos resultados obtidos por outros autores (Castro et al., 2011; Santos, 2012, Morais, 2013), que tal como neste estudo observaram que esta foi a dimensão classificada como menos importante pelos diferentes profissionais. Em relação a 2ª dimensão mais importante na pré-intervenção é “*Relações de Trabalho & Suporte*

*Social*”, passando essa dimensão para a 3ª dimensão mais importante na pós-intervenção. No que diz respeito à 3ª dimensão mais importante na pré-intervenção é Relação Profissional/Utente.

Com o intuito de perceber as relações existentes entre as variáveis ansiedade-traço, ansiedade-estado, imagem corporal, vulnerabilidade ao stresse e satisfação profissional, foi utilizado a Correlação linear de Pearson para os valores das variáveis medidas na pré-intervenção e pós-intervenção (*Tabela 11*).

Alguns autores afirmam que ao definir-se traço e estado, consegue-se compreender o processo de ansiedade, nomeadamente a percepção do sujeito perante o stresse e a ameaça (Barlow, 2002; Silva, 2006). Por este motivo, no presente estudo utilizou-se o STAI para analisar os níveis de ansiedade da amostra. Assim, na *Tabela 11*, é possível verificar que há uma forte correlação entre ansiedade-estado e ansiedade-traço na pré-intervenção ( $r=0,83$ ), sendo que esta relação diminui na pós-intervenção ( $r=0,80$ ), relacionado-se positivamente. Quando um indivíduo apresenta níveis elevados de ansiedade-traço, também mostrará um valor elevado de ansiedade-estado, no entanto, o contrário já não se verifica, um indivíduo que revele níveis de ansiedade-estado elevado não revela, necessariamente, níveis elevados de ansiedade-traço (Corselho, 2008).

No que diz respeito a relação entre ansiedade-estado e imagem corporal, esta na pré-intervenção apresenta uma correlação moderada ( $r= 0,43$ ) passando para fraca na pós-intervenção ( $r=0,29$ ), o que indica que níveis elevados de ansiedade-estado está relacionado com uma maior insatisfação com a imagem corporal.

A variável ansiedade-estado também apresenta uma correlação forte e positiva com a vulnerabilidade ao stresse ( $r=0,82$ ) na pré-intervenção, passando na pós-intervenção para uma correlação fraca ( $r=0,26$ ), mostrando que níveis elevados de ansiedade-estado estão relacionados com níveis elevados de vulnerabilidade ao stresse. Estes dados são semelhantes ao resultados obtidos no estudo de Gonçalves & Jesus (2015), em que obtiveram correlações positivas com a depressão, ansiedade e stresse. O autores Ormel, Oldehinkel & Vollebergh (2004) mostram que a vulnerabilidade ao stresse é um factor de risco para a depressão ou ansiedade.

Em relação a ansiedade-estado e satisfação profissional, este apresenta uma correlação fraca na pré-intervenção ( $r=0,12$ ), passando para uma correlação moderada na pós-intervenção ( $r=0,29$ ). Estes resultados indicam que indivíduos com valores mais elevados de ansiedade-estado, caracterizada por sentimentos de tensão transitória, nervosismo e preocupação tendem a reportar mais insatisfação profissional, sendo que esta relação aumentou na pós-intervenção. Apesar dos escassos estudos que relacionem estas variáveis, a investigação de Simões (2013)

encontrou dados que vão ao encontro dos resultados alcançados no presente estudo. Este mesmo autor relacionou as duas variáveis com o bem-estar pessoal, concluindo que os indivíduos com menores índices de ansiedade, apresentam maiores índices de bem-estar pessoal e, concomitantemente, melhor satisfação profissional. Para além disto, de acordo com a perspectiva de Blainey (1980, cit in Gil, 2009), elevados níveis de ansiedade-estado interferem em habilidades cognitivas do indivíduo (e.g. concentração e atenção), o que por sua vez pode interferir no desempenho da sua atividade profissional.

A ansiedade-traço tem uma relação forte com a imagem corporal ( $r=0,56$ ) na pré-intervenção, sendo que na pós-intervenção esta correlação é fraca ( $r=0,18$ ). Quanto mais elevados os níveis de ansiedade-traço do indivíduo, mais elevados são os níveis de insatisfação com a imagem corporal. Estes resultados também foram alcançados por Slevic e Tiggemann (2011) que também concluíram a existência desta relação.

A ansiedade-traço tem uma relação forte com a vulnerabilidade ao stresse ( $r=0,75$ ) na pré-intervenção e pós-intervenção esta correlação é moderada ( $r=0,38$ ). Esta relação indica que indivíduos com níveis elevados de ansiedade-traço encontram-se mais vulneráveis ao stresse. Este resultado pode ser explicado da seguinte forma: se a ansiedade-traço está relacionada com as características de personalidade de cada indivíduo e com a predisposição deste para reagir a determinado estímulo stressante (Han, 2009) e se os indivíduos mais vulneráveis apresentam características de personalidade que tendem a conduzir a avaliações mais negativas do acontecimento indutor de stresse e dos recursos disponíveis para lidar com o mesmo (Major et al. 2009, citados por Guedes, Gameiro e Canavarro, 2010), então será de prever que indivíduos vulneráveis apresentem níveis mais elevados de perturbação emocional como a ansiedade, em particular a ansiedade-traço, comparativamente ao grupo não vulnerável. De uma forma geral, constata-se que os indivíduos vulneráveis ao stresse são mais ansiosos.

A ansiedade-traço possui uma correlação fraca com a satisfação profissional ( $r=0,16$ ), mantendo-se na pós-intervenção ( $r=0,13$ ), o que indica que níveis elevados de ansiedade-traço está relacionado com uma maior insatisfação profissional. Os indivíduos com níveis elevados de ansiedade-traço manifestam a tendência para interpretar os eventos neutros ou novos como negativos (Eysenck, 1997) e observar possíveis sinais de perigo (Corr, 2008). Desta forma, os indivíduos que percebem as situações relacionadas com o trabalho como potencialmente ameaçadoras, revelarão uma maior satisfação profissional (Zalewska, 2011)

A Imagem corporal tem uma relação moderada com vulnerabilidade ao stresse ( $r=0,38$ ) na pré-intervenção, passando esta a uma correlação negativa na pós-intervenção ( $r=-0,12$ ). Este resultado mostra que quanto maior o valor da imagem corporal, ou seja, uma pior insatisfação profissional, mais vulnerável encontra-se o indivíduo. Esta relação pode ser explicada pelo facto de os indivíduos vulneráveis ao stresse tenderem a ter uma visão mais pessimista, observam as exigências como negativas e perigosas, apresentando baixa autoestima e manifestando mais sintomas negativos e depreciativos sobre si próprios (Leher, Woolfolk e Sime, 2007).

*Tabela 11 - Correlação de Pearson entre ansiedade-estado (STAI-Y1), ansiedade-traço (STAI-Y2), imagem corporal (QVS), vulnerabilidade ao stresse (QVS) e satisfação profissional (SP)*

		1	2	3	4	5
<b>Pré-intervenção</b>	1. STAI-Y1	-	0,83**	0,44	0,82**	0,12
	2. STAI-Y2		-	0,56*	0,75**	0,16
	3. QFC			-	0,38*	0,06
	4. QVS				-	0,14
	5. SP					-
<b>Pós-intervenção</b>	1. STAI-Y1	-	0,80**	0,29	0,26	0,29
	2. STAI-Y2		-	0,18	0,38	0,13
	3. QFC			-	-0,12	-0,00
	4. QVS				-	-0,01
	5. SP					-

N=19. STAI-Y1= Ansiedade Estado; STAI-Y2= Ansiedade Traço; QFC= Questionário da Forma Corporal; QVS= Questionário da vulnerabilidade ao stress; SP= Escala da Satisfação Profissional

\*\* Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)

\*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)

Assim, de forma a finalizar a realização deste trabalho e perceber se os objetivos iniciais foram alcançados, no ponto a seguir é abordado a conclusão desta investigação.

## V. CONCLUSÃO

Um dos principais objetivos deste estudo foi estudar o impacto de um programa de relaxação e gestão do stresse ocupacional, a um grupo de assistentes operacionais dos agrupamentos de escolas do concelho de Sintra. Para além disso, pretendeu investigar as relações entre o stresse ocupacional, níveis de ansiedade, vulnerabilidade ao stresse, imagem corporal e satisfação profissional antes e depois da intervenção.

Desta forma, o primeiro objetivo foi atingido através da elaboração de um programa de relaxação e gestão do stresse tendo por base tanto a teoria interacional como as teorias transacionais porque por um lado, a teoria interacional tem impacto nos processos cognitivos e na regulação tónico-emocional, contribuindo para a capacidade de auto-concentração e consciência somatognósia e na regulação respiratória associada ao controlo tónico, por outro lado, as teorias transacionais contribuem para o desenvolvimento da consciência da relação entre o Eu e os estímulos externos e a capacidade de relação com o outro, a interação com o seu ambiente nomeadamente o contexto de trabalho e os resultados dessa interação.

O programa foi realizado com ajustes pontuais em função das características de cada participante, nomeadamente os aspectos motivacionais, as limitações anatómicas funcionais e as possibilidades de autoconcentração e relação interpessoal. As atividades elaboradas seguiram alguns princípios metodológicos, evoluindo progressivamente do concreto para o simbólico, da auto-consciência para a auto-regulação dos estados internos, do global para o segmentar e da periferia para o eixo.

Os resultados das medidas fisiológicas avaliadas mostram uma diminuição estatisticamente significativa do valor da média da Frequência Respiratória e da Frequência Cardíaca entre o início e final de todas as sessões, não se verificando nos valores relativos a Tensão Arterial Sistólica e Diastólica.

O estudo comparativo entre a baseline e pós-intervenção não revelou resultados estatisticamente significativos entre as variáveis ansiedade-estado, ansiedade-traço, imagem corporal, vulnerabilidade ao stresse e satisfação profissional após o programa de intervenção. Estes resultados não vão de encontro aos artigos analisados em que mostram um decréscimo nos índices de ansiedade, stresse percebido e burnout, e alguns fazem também referência à diminuição dos índices de depressão e sintomas somáticos, aumentando também o controlo sobre as mesmas e resistência face às demandas ocupacionais.

Os resultados também parecem revelar que existe uma forte correlação entre ansiedade-estado e ansiedade-traço (como se sente neste momento) tanto na pré-intervenção como na pós-intervenção, sendo que diminui ligeiramente na pós-intervenção; existe uma correlação forte e positiva entre ansiedade-estado (como se sente habitualmente) e vulnerabilidade ao stresse na pré-intervenção, passando para uma correlação fraca na pós-intervenção mostrando que níveis elevados de ansiedade-estado estão relacionados com níveis elevados de vulnerabilidade ao stresse; a ansiedade-traço tem uma relação forte e positiva com a imagem corporal na pré-intervenção, sendo que na pós-intervenção esta correlação é fraca e a ansiedade-traço tem uma relação forte com a vulnerabilidade ao stresse na pré-intervenção e pós-intervenção esta relação é moderada. Esta relação indica que indivíduos com níveis elevados de ansiedade-traço encontram-se mais vulneráveis ao stresse.

Desta forma, com o intuito de manter os trabalhadores saudáveis e ter um impacto positivo, direto e quantificável na saúde do trabalhador, com este programa é possível verificar que as variáveis estudadas possuem uma interdependência na vida dos indivíduos, sendo por isso impossível de analisar as variáveis de forma isolada, visto que indivíduos com níveis elevados de ansiedade consequentemente não estará satisfeito com a sua imagem corporal, tornando-se mais vulnerável ao stresse tendo um impacto negativo na sua vida profissional pois não saberá como lidar com as exigências do meio.

Assim, é possível concluir que o programa de intervenção mostrou-se particularmente benéfico na redução da frequência respiratória e cardíaca, pressão arterial sistólica, níveis de ansiedade-traço, ansiedade-estado e também na melhoria da satisfação com a imagem corporal sendo necessário ser incluído em contexto laboral.

### **5.1. Limitações e Recomendações**

Uma das principais limitações deste estudo prende-se com a escassez de estudos realizados que avaliam estas variáveis em assistentes operacionais em contexto escolar e com a dimensão da amostra. Desta forma, torna-se importante o desenvolvimento de mais estudos com esta população uma vez que, tal como os docentes e outros profissionais do contexto educativo, lidam diariamente com múltiplos fatores de stresse como por exemplo a indisciplina dos alunos, sobrecarga de



trabalho, aumento do tempo de serviço e uma remuneração não compatível com as funções.

Com a realização deste estudo foi possível perceber que para a amostra estudada é necessário que este tipo de programas seja incluído em contexto laboral, aplicado por técnicos devidamente especializados para esta função. É também importante reservar no mínimo trinta minutos por dia para um momento de escuta contribuindo para desenvolver a consciência de si próprio; espreguiçar-se quando sentir-se tensa; ter atenção à má postura muitas vezes derivado do excesso de tensão; realizar auto-massagens pelas diferentes partes do corpo; ter um momento para si próprio, através de um hobby ou de situações que despoletam o prazer; evitar a elevada exigência consigo próprio; aprender com as situações de stresse, de forma a alterar atitudes e prevenir futuras situações de stresse. É importante não esquecer que as mudanças comportamentais ocorrem através da prática regular da relaxação, assim é fundamental criar uma rotina e segui-la eficazmente.

Estudos desta natureza são úteis para as entidades patronais (neste caso, a Câmara Municipal de Sintra), não só conhecer a realidade diária dos seus empregados, como também permitir identificar os factores de riscos e a origem dos problemas, tornado-se possível adotar estratégias e formas de prevenção do desenvolvimento de posteriores problemas que podem ter impacto negativo nos indivíduos.

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho – EU-OSHA (2013). *European opinion poll on occupational safety and health 2013*. Pesquisa obtida em <https://osha.europa.eu/pt/surveys-and-statistics-osh/> em Outubro de 2016

Aghdasi, S., Kiamanesh, A. & Ebrahim, A. (2011). *Emotional Intelligence and Organizational Commitment: Testing the Mediator Role of Occupational Stress and Job Satisfaction*. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 29, 1965-1976

Almeida, N., Loureiro, R. & Santos, E. (2001). *Obesidade mórbida em mulheres – Estilos alimentares e qualidade de vida*. *Arquivos Latinoamericanos de Nutrição*, vol.51, 4, 359-365.

Almeida, H., Brito-Costa, S., Alberty, A., Gomes, A., Lima, P. & Castro, F. (2016). *Modelos de stress ocupacional: Sistematização, análise e descrição*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 2, 435-454.

Associação Americana de Psiquiatria - APA (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-V*. 5ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa.

Andrade, A. & Bosi, M. (2003). *Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino*. *Revista Nutrição*, vol.16, 1, 117-125.

Assmar, L. & Ferreira, C. (2008). Da injustiça organizacional ao stresse e ao esgotamento profissional. Em A. Tamayo (Org.), *Estresse e cultura organizacional*. (pp.282-331). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Associação Americana de Psiquiatria – APA (2006). *Perturbações da Ansiedade*. In: American Psychiatric Association (1ª Ed.). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Climepsi, 429-484.

Autoridade para as Condições do Trabalho – ACT (2016). *Campanha Ibérica de Prevenção de Acidentes de Trabalho 2016/2017: Programa Enquadrador*. Lisboa

Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders – The nature and treatment of anxiety and*

*panic* (2<sup>a</sup> ed.). New York: The Guilford Press

Barnett, T., Namasivayam, P. & Narudin, D. (2010). *A critical review of the nursing shortage in Malaysia*. International nursing review. N°57. Vol.1.pp.32-39.

Barnes, M., Bloom, B. & Nahin, L. (2008). *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007*. National Health Statistics Reports, 12, 2, 1-23.

Bastani, F., Hidarnia, A., Kazemnejad, A., Vafaei, M. Kashanian, M. (2005). *A Randomized Controlled Trial of the Effects of Applied Relaxation Training on Reducing Anxiety and Perceived Stress in Pregnant Women*. Journal of Midwifery & Women's Health, 50, 4, 36-40.

Batcheller, C. (2011). *The effects of a guided relaxation exercise on perceived stress and physiological stress indicators in medical-surgical nurses*. San Marcos. Texas.

Batigün, A. & Sahin, N. (2006). *Type-A Personality and Job Satisfaction: Two Scales for Job Stress and Health Psychology Research*. Turkish Journal of Psychiatry, 17, 1

Beck, A., Crain, L., Solberg, I., Unutzer, J., Glasgow, E., Maciosek, V., White-bird, R. (2011). *Severity of depression and magnitude of productivity loss*. The Annals of Family Medicine, 9, 4, 305-311.

Bedford, L. & Johnson, S. (2006). *Societal influences on body image dissatisfaction in younger and older women*. Journal of Women and Aging, 18, 1, 41-44

Bermejo-Toro, L. & Prieto-Ursúa, M. (2010). *Teachers' irrational beliefs and their relationship to distress in the profession*. Psychology in Spain, 10, 88-96.

Bosma, H. & Marmot, G. (1997). *Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II study*. British Medical Journal, 314, 70-80.

Borges, E. & Ferreira, T. (2013). *Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 10, 37-42.

Buunk, P., De Jonge, J., Ybema, F. & Thierry, J. (1998). Psychosocial aspects of occupational stress. In Drenth, J., Thierry, H. & Wolff, J. (Eds.), *Handbook of Work and Organization Psychology*. (2th ed), vol.2, 45-182. Brighton. Psychology Press.

Brausch, M. & Gutierrez, M. (2009). *The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents*. Suicide and Life Threatening Behavior, 39, 58-71.

Cannon, B. (1935). *Stresses and strains of homeostasis*. American Journal of Medical Science, 189, 1-14.

Cash, T. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 38-46). Guilford Press. New York.

Cash, F. (2011). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.). *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (pp.39-47). The Guilford. New York.

Castro, J. Lago, H., Fornelos, M., Novo, P., Saleiro, R. & Alves, O. (2011). *Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 29, 2, 157-172.

Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G. & Ramos, M. (2002). *O stress nos professores portugueses – estudo IPSSO 2000*. Porto Editora. Porto.

Carvalho, T., Stolt, L., Brito, G., Sousa, N., Ferreira, J. & Clementino, A. (2014). *Programa de Exercícios em Grupo Preventivo de Quedas Melhora Função Cardiovascular de Idosos*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 18, 1, 33-40.

Caulfield, N., Chang, D., Dollard, F. & Elshaug, C. (2004). *A Review of Occupational Stress Interventions in Australia*. International Journal of Stress Management, 11, 2, 149-166.

Chaudhuri, A., Ray, M., Saldanha, D. & Bandopadhyay, K. (2014). *Effect of Progressive Muscle Relaxation in Female Health Care Professionals*. Annals of Medical and Health Sciences Research, vol. 4, 5

Chicayban, L. & Malagris, L. (2014). *Treino de relaxamento e respiração em pacientes com hipertensão e estresse*. Estudos de Psicologia, 31, 1, 115-126.

Christina, K. (2014). *The Beneficial Effects of Relaxation Techniques on Stress, Memory and Attention*. Master Thesis – Lund University.

Clark, R., Anderson, B., Clark, R., Williams, R. (1999). *Racism as a stressor for African Americans: a biopsychosocial model*. American Psychologist, 54, 805-816.

Código do Trabalho – Lei nº 7/2009: Capítulo II – Subsecção II – Limites da duração do trabalho. 12 de fevereiro de 2009 - [http://www.cite.gov.pt/pt/legis/CodTrab\\_L1\\_005.html](http://www.cite.gov.pt/pt/legis/CodTrab_L1_005.html)

Compas, B., Conner-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A. & Wadsworth, M. (2001). *Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research*. Psychological Bulletin, 127, 87-127.

Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho – SLIC (2012). *Riscos psicossociais no trabalho*. Psychosocial Risk Assessments.

Cooper, L. & Marshall, J. (1976). *Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health*. Journal of Occupational Psychology, 49, 11-28

Cooper, L. & Cartwright, S. (1994). *Healty mind; healthy organization – A proactive approach to occupational stress*. Human Relation, 47, 4, 455-471

Cooper, L., Liukkonen, P., Cartwright, S. (1996). *Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits to Organisations*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin.

Coor, J. (2008). Reinforcement sensitivity theory (RST): Introduction. In P. J. Corr (Ed), *The reinforcement sensitivity theory of personality* (pp. 1-43). Cambridge: Cambridge University Press.

Corselho, C. (2008). *Quando o corpo grita o que a alma açaima*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Costa, T. (2012). *Percepção da imagem corporal, composição corporal e atividade física em jovens adultos*. Dissertação de mestrado, Universidade Trás-os-montes e Alto Douro, Vila Real.

Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2000). *Work-related Stress*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.

Cunningham, S., Gilthorpe, M. & Hunt, N. (2000). *Are orthognathic patients different?*. European Journal of Orthodontics, 22, 195-202

Dalley, E., Buunk, P. & Umit, T. (2009). *Female body dissatisfaction after exposure o overweight and thin images: The role of body mass index and neuroticism*. Personality and Individual Differences, 47, 1, 47-51.

Damasceno, V., Vianna, V., Vianna, V., Lacio, M., Lima, J. & Novaes, J. (2006). *Body Image and ideal body*. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 14, 1, 87-96.

Davidson, M. & Earnshaw, J. (1991). *Vulnerable workers: Psychosocial and legal issues*. Wiley & Sons. Chichester.

Dias, I. (2007). *O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3º ciclo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Dias, A. (2009). *Satisfação no Trabalho em Portugal: uma análise longitudinal com recurso a Latent Growth Curve Models*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Dusek, A. & Benson, H. (2009). *Mind-body medicine: a model of the comparative clinical impact of the acute stress and relaxation responses*. Minnesota Medicine, 92, 5, 47-50.

Dyrbye, N., Shanafelt, D., Balch, M., Satele, D., Sloan, J. & Freischlag, J. (2011). *Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: A comparison by sex*. Archives of Surgery, 146, 211-217.

Edworthy, A. (2000). Managing stress. New York: MacGraw-Hill

Elder, C., Nidich, S., Moriarty, F. & Nidich, R. (2014). *Effect of Transcendental Meditation on Employee Stress, Depression, and Burnout: A Randomized Controlled Study*. The Permanente Journal, vol.18, 1, 19-23.

Elkin, J. & Rosch, J. (1990). *Promoting mental health at the workplace: the prevention side of stress management*. Occupational Medicine, 5, 739-754.

Elzinga, B., Schmahl, C., Vermetten, E., Van Dyck, R. & Bremner, J. (2003). *Higher cortisol levels following exposure to traumatic reminders in abuse-related PTSD*. Yale Psychiatric Research, 1-32.

Ellickson, M. (2002). *Determinants of Job Satisfaction of Municipal Government Employees*. Public Personnel Management, 31, 3, 343-358.

Endler, N. & Kocovski, N. (2001). *State and trait anxiety revisited*. Journal of Anxiety Disorders, 15, 231-245.

Erica, S. & Sibinga, D. (2016). *"Just This Breath..."How Mindfulness Meditation Can Shift Everything Including Neural Connectivity*. EBioMedicine, 10, 21-22

Ertel, M., Stilijanov, U., Lavicoli, S., Natali, E., Jain, A. & Leka, S. (2010). *European social dialogue on psychosocial risks at work: Benefits and challenges*. European Journal of Industrial Relations, 16, 2, 169-183.

Espinoza, P., Penelo, E. & Raich, M. (2010). *Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: What happens two years later?*. Body Image, 7, 70-73.

EU-OSHA – European Agency for Safety and Health and Work (2000). *Research on work related stress*. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 167. Disponível em <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203>.

EU-OSHA – European Agency for Safety and Health and Work (2013). New risks and trends in the safety and health of women at work. Pesquisa feita em 08 de Maio de 2016 de <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/new-risks-and-trends-in-the-safety-and-health-of-women-atwork/view>

Eysenck, W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove: Psychology Press.

Evaristo, A. (2015). *Relação entre a Pressão Económica, Coping Individual e Satisfação Conjugal em Casais Portugueses*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

Fabian, J. & Thompson, K. (2006). *Body image and eating disturbance in young females*. International Journal of Eating Disorders, 8, 1, 63-74.

Ferro, A., Adriano, A., Palma, J., Quintino, F. & Sousa, M. (2007). Satisfação Profissional dos Técnicos de Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica dos Hospitais Públicos e de Gestão, S.A. da Sub-Região de Saúde de Lisboa. (A. P. Patológica, Ed.). *Revista Técnica de Anatomia Patológica*, 10, 14, 6-14.

Ferreira, C. & Leite, M. (2002). *Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal*. Avaliação Psicológica, vol.1, 2, 141-149.

Ferrer, A., Cascales, R., Ruiz, A., Ferrer, A., Seva, A., Ruiz, I., Pascual, M. & Blazquez, N. (2014). *A relaxation technique enhances psychological well-being and immune parameters in elderly people from a nursing home : A randomized controlled study*. The Official Journal of the International Society for Complementary Medicine Research, 14-311.

Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A. & Rakel, D. (2013). *Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study*. Annals of Family Medicine, 11, 5.

Francisco, R., Narciso, I. & Alarcão M. (2012). *Body image (dis)satisfaction among Portuguese adolescents and adults: Contribution to the validation process of the*



*Contour Drawing Rating Scale*. Rencontres Internationales du DEssin de Presse (RIDEP), 34, vol.1

Freitas, A., Brito, L., Obregon, S., Lopes, L. (2015). *Estresse, Coping e Síndrome de Burnout em policiais rodoviários federais*. Saber Humano, vol.5, 7, 106-125.

Frimodt, L. (2013). *Corpo e Stress no adulto*. A psicomotricidade. Vol.1, 1, 31-36. P-33

Friedman, I. (2000). *Burnout in Teachers: Shattered Dreams of Impeccable Professional Performance*. Psychotherapy in Practice, 56, 5, 595-606.

Gabinete de Estratégia e Planeamento - GEP (2013). *Coleção Estatísticas – Acidentes de Trabalho*. Pesquisa feita em 12 de Dezembro de 2016 em [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/AcidentesdeTrabalho2013.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/AcidentesdeTrabalho2013.pdf)

Galvin, A., Benson, H., Deckro, R., Fricchione, L. & Dusek, A. (2006). *The relaxation response: Reducing stress and improving cognition in healthy aging adults*. Complementary Therapies in Clinical Practice, 12, 186-191.

Gallacher, J., Sweetnam, P., Yarnell, J., Elwood, P. & Stansfeld, S. (2003). *Is Type A Behavior Really a Trigger for Coronary Heart Disease Events?* Psychosomatic Medicine, 65, 3, 339-346.

Gardner, M. (2012). Measurement of Perceptual Body Image. In: T.F.Cash (Ed), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (Vol II, pp.526-532). Academic Press. San Francisco.

Garratt, G., Ingram, R., Rand, K. & Sawalani, G. (2007), *Cognitive Processes in Cognitive Therapy: Evaluation of the Mechanisms of Change in the Treatment of Depression*. Clinical Psychology Science and Practice, 14, 3, 224-239.

Gaspar, D., Jesus, S. & Cruz, J. (2011). *Motivação profissional no Internato Médico de Medicina Geral e Familiar: um estudo nacional*. Acta Médica Portuguesa, 24, 255-264.

Gil, T. (2009). *Estudo da Relação da Toxicodependência e da Ansiedade Estado, realizado em estudantes universitários e em toxicodependentes*. Psicologia – O portal dos Psicólogos, disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)

Goetz, K., Loew, T., Hornung, R., Cojocaru, L., Lahmann, C. & Tritt, K. (2013). *Primary Prevention Programme for Burnout-Endangered Teachers: Follow-up Effectiveness of a Combined Group and Individual Intervention of AFA Breathing Therapy*. Hindawi Publishing Corporation. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, pp.1-2

Goméz, J. (2010). *Impacto de um programa de relaxamento na percepção de stress nos cuidadores formais de um lar do concelho de águeda*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto, Politécnico do Porto.

Gonçalves, E. & Jesus, S. (2015). *Vulnerability and Resilience to Stress and Immune and Neuroendocrine Function in Portuguese Subjects with Psychic Anomaly (Anxiety and Depression)*. Open Journal of Psychiatry, 5, 362-373.

Gonçalves, S. (2013). *Stress e bem-estar no trabalho*. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 7, 13-47

Graça, L. (2000). A Satisfação Profissional dos Médicos de Família, no SNS. (A. P. Geral, Ed.) *Médico de Família*, III Série, 3

Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress-emoções e estratégias de adaptação*. (1ªed.). Climepsi Editores. Lisboa.

Grillon, C., Duncko, R., Covington, F., Kopperman, L. & Kling, A. (2007). *Acute stress potentiates anxiety in humans*. Biological Psychiatry, 62, 10, 1183-1186.

Grogan, S. (Ed.). (2008). *Body Image – Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children* (2ª ed.). Taylor & Francis e-Library. Londres.

Grogan, S., Evans, R., Wright, S. & Hunter, G. (2004). *Femininity and muscularity: Accounts of seven women body builders*. Journal of Gender Studies, 13, 1, 49-61.

Grogan, S. (2011). Body image development in adulthood. In T.Cash & L. Smolak. *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp.93-99). Guilford Press. New York.

Guedes, M., Gameiro, S. & Canavarro, M. (2010). *Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez*. Psicologia, Saúde & Doenças, 11, 2, 199-217.

Gunnar, M. & Quevedo, K. (2007). *The neurobiology of stress and development*. Annual Review of Psychology, 58, 1, 145-173.

Han, H. (2009). *Measuring Anxiety in Children: a methodological review of the literature*. Asian Nursing Research, 3, 2, 49-62.

Hardy, L., Jones, G. & Gould, D. (1996). *Understanding psychological preparation for sport: theory and practice for elite performers*. John Wiley and Sons. New York.

Harris, G. (2011). *Individual Stress Management Coursework in Canadian Teacher Preparation Programs*. Canadian Journal of Education, 34, 4, 104-117.

Health and Safety Executive (2014). *Stress and psychological disorders in Great Britain 2013*. Pesquisa feita em 25 de Julho de 2016 de <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/stress.pdf>

Hoboubi, N., Choobineh, A., Chanavati, F., Keshavarzi, S. & Hosseini, A. (2016). *The Impact of Job Stress and Job Satisfaction on Workforce Productivity in an Iranian Petrochemical Industry*. Safety and Health at Work, 8, 1, 67-71.

Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E. et al. (2006). *The association between burnout and physical illness in the general population – Results from the Finnish Health 2000 Study*. Journal of Psychosomatic Research, 61, 59-66.

Hurd Clarke, L. (2012). Physical Appearance Changes Across Adulthood. In: T.F.Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (Vol.II, pp.602-607). Academic Press. San Francisco.

Hussey, L., Turner, S., Thorley, K., McNamee, R., Agius, R. (2012). *Work-related sickness absence as reported by UK general practitioners*. Occupational Medicine, 62, 105-1011.

International Council of Nurses (2010). *ICN Report 2007-2009: Health systems strengthening: working together to achieve more*. Geneva.

Ismail, A., Yao, A. & Yunus, N. (2009). *Relationship between occupational stress and job satisfaction: An empirical study in Malaysia*. The Romanian Economic Journal, 34, 4, 3-29.

Jain, G., Roy, A., Hari Krishnan, V., Yu, S., Dabbous, O., Lawrence, C. (2013). *Patient-reported depression severity measured by the PHQ-9 and impact on work productivity*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 55, 3, 252-258.

Jamal, M. & Baba, V. (2001). *Type-A Behavior, Job Performance, and Well-Being in College Teachers*. International Journal of Stress Management, 8, 3, 231-239.

Jesus, N. (2002). *Perspectivas para o bem-estar docente*. Porto: Edições Asa

Jesus, S., Miguel-Tobal, J., Rus, C., Viseu, J. & Gamboa, V. (2014). *Evaluating the effectiveness of a stress management training on teachers and physicians' related outcomes*. Clínica y Salud, 25, 111-115.

Johnson, V. (1996). *Dialectic between conceptual and causal enquiry in psychosocial work-environment research*. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 6-8.

Johnson, F. & Wardle, J. (2005). *Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis*. Journal of Abnormal Psychology, 114, 1, 119-125.

Kaspereen, D. (2012). *Relaxation intervention for stress reduction among teachers and staff*. International Journal of Stress Management, 19, 3, 238-250.

Kawano, Y. (2008). *Association of job-related stress factors psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals*. Journal of occupational health, 50, 1, 79-85.

Keel, K., Baxter, G., Heatherton, F. & Joiner Junior, E. (2007). *A 20-Year Longitudinal Study of Body Weight, Dieting and Eating Disorder Symptoms*. Journal of Abnormal Psychology, 116, 2, 422-432.

Kenney, J. & Bhattacharjee, A. (2000). *Interactive model of women's stressors, personality traits and health problems*. Journal of Advanced Nursing, 32, 1, 249-258

Kendall, E., Murphy, P., O'Neill, V. & Bursnall, S. (2000). *Occupational Stress: Factors that Contribute to its Occurrence and Effective Management Centre for Human Services*. Western Australia

Kessler, C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, R., EE., W. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of General Psychiatry, 62, 6, 555-567.

Kestenberg, C., Silva, A., Fabri, J., Silva, N., Rosa, B. & Branco, L. (2014). *Estresse em graduando de enfermagem: técnicas de relaxamento para lidar com fatores estressores*. Interagir: Pensando a Extensão, 17-19.

Knight, T. (2012). Body Image among older adults. In: T.F.Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (Vol I, pp.114-119). Academic Press.

Kuoppala, J., Lamminpaa, A., Vaananen-Tomppo, I., Hinkka, K. (2011). *Employee well-being and sick leave, occupational accident, and disability pension*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53, 6, 633-640.

Lan, H., Rahmat, N., Subramanian, P. & Kar, P. (2014). *The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units*. Australian Journal of Advanced Nursing, 3, 31.

Lang, A., Marlow, R., Goodman, R., Meltzer, H. & Ford, T. (2013). *Influence of problematic child-teacher relationships on future psychiatric disorder: population survey with 3-year follow up*. The British Journal of Psychiatry, 202, 336-341.

Lea, P. (2014). *Yoga and perceived stress*. Master's Thesis, University of Pittsburgh.

Lee, T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, L. & Schwartzmann, L. (2013). *Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis*. Human Resources for Health, 11, 48.

Leher, P., Woolfolk, R. & Sime, W. (2007). *Principles and Practice of Stress Management* (3ªed.). The Guilford Press. New York.

Levine, P. & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 74-81). The Guilford Press. New York.

Lima, A. (2003). *A polêmica em torno do nexo causal entre distúrbio mental e trabalho*. Psicologia em Revista, 10, 14, 82-91.

Lipp, N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp – ISSL*. Casa do Psicólogo. 2ª edição. São Paulo.

Lipp, N. & Malagris, N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais um diálogo com a psiquiatria* (pp. 475-490). Rio de Janeiro: Artes Médicas.

Lipp, N. (2003). *Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. Casa do Psicólogo. São Paulo.

Levi, L. (1984). *Stress in industry: Causes, effects and prevention*. Occupational Safety and Health series 51 International Labour Office. Geneva

Lopes, F. (2003). *Raça, saúde e vulnerabilidade*. Boletim do Instituto de Saúde, 31, 7-11.

Loureiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Llauradó, C. (2002). El esquema corporal. In: *La práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Ediciones Aljibe. Cap.16, 356-389.

- Lundberg, U. (2000). *Catecholamines*. In G. Fink (Eds.), *Encyclopedia of stress* Vol.1
- Lynch, E., Liu, K., Wei, G., Spring, B., Keife, C. & Greenland, P. (2009). *The relation between body size perception and change in body mass index over 13 years*. American Journal of Epidemiology, 169, 857-866
- Madrigal, H., Sanchez-Villegas, A., Martínez-González, M., Kearney, J., Gibney, M., Irala, J. & Alfredo, M. (2000). *Underestimation of body mass index through perceived body image as compared self-reported body mass index in the European Union*. Public Health, 114, 6, 468-473.
- Makie, V. (2006). *Stress and Coping Strategies amongst Registered Nurses Working in a South African Tertiary Hospital University of the Western Cape*.
- Marandola, E. & Hogan, J. (2005). *Vulnerabilidade e riscos: entre geografia e demografia*. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, 22, 29-53.
- Serra, A. (2000). *A vulnerabilidade ao stresse*. Psiquiatria Clínica, 21, vol.4, pp.261-278.
- Marcatto, F., Colautti, L., Filon, F., Luis, O., Blas, L., Cavallero, C. & Ferrante, D. (2016). *Work-related stress risk factors and health outcomes in public sector employees*. Safety Science, 89, 274-278.
- Marchand, R. (2012). *Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress*. Journal of Psychiatric Practice, 18, 233-252.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., Silveira, R. (2003). *Relação entre estressores, estresse e ansiedade*. Revista de Psiquiatria, 25, 65-74.
- Martinez, C., Paraguay, A. & Latorre, M. (2004). *Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores*. Revista de Saúde Pública, 38, 1, 55-61.
- Martins, R. (2005). *Corpo e Motricidade na Construção da Identidade*. In D. Rodrigues (Ed.), *O Corpo que (Des)Conhecemos*.

Martins, C., Bispo, L., Campos, S., Moreira, T., Martins, R. & Vieira, M. (2016). *Stress Vulnerability: Implications for Teacher Well-being and Satisfaction*. The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences – ICEEPSY 2016 – 7<sup>th</sup> International Conference on Education and Educational Psychology.

Maslach, C., Jackson, E. & Leiter, P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3<sup>rd</sup> ed.). Consulting Psychologists Press. Palo Alto.

Maslach, C. (1999). Progress in understanding teacher burnout. In R. Vandenberghe & A.M. Huberman (Eds.). *Understanding and preventing teacher burnout* (pp.211-222). Cambridge University Press.

Maslach, C., Schaufeli, B. & Leiter, P. (2001). *Job burnout*. Annual Review of Psychology, 52, 397-422.

Mateescu, A. & Chraif, M. (2015). *The relationship between job satisfaction, occupational stress and coping mechanism in educational and technical organizations*. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 187, 728-732

Matos, M. (2012). *Imagem corporal de adultos jovens e adultos idosos praticantes de dança*. Trabalho de conclusão de curso, Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista, Brasil.

Matos, S. (2014). *Riscos Psicossociais em Trabalhadores na Arábia Saudita*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal.

Mauno, S. (2010). *Effects of work-family culture on employee well-being: Exploring moderator effects on a longitudinal sample*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 19, 6, 675-695.

McCabe, P. & Ricciardelli, A. (2004). *Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature*. Journal of Psychosomatic Research, 56, 6, 675-685.



McEwen, S. (2000). *The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance*. Brain Research, 886, 172-189.

Mendes, C. (2002). *Stress e Imunidade. Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Formasau. Coimbra.

Meyer, E, Klein, C. & Andrade, S. (2007). *Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas*. Educação em Revista, 46, 219-239.

Minguez, A. (1995). *Programas de intervención en estrés laboral*. Ansiedad y Estrés, 1, 265-276.

Morais, M. (2009). *Vulnerabilidade ao stress e estratégias de coping nos alunos de enfermagem*. Trabalho de Monografia, Faculdade Ciências da Saúde/Escola Superior Saúde, Universidade Fernando Pessoa.

Morais, I. (2014). *Stress, Ansiedade, Vulnerabilidade ao Stresse, Imagem Corporal e Satisfação Profissional, em meio ocupacional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa.

Moreland, D. & Dumas, E. (2008). *Evaluating child coping competence: Theory and measurement*. Journal of Child Family Studies, 17, 437-454.

Murnen, K. (2011). Gender and Body Images. In T.Cash & L.Smolak. *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp.173-179). Guilford Press. New York.

Murray, K., Byrne, D., Rieger, E. (2011). *Investigating adolescent stress and body image*. Journal of Adolescence, 34, 269-278.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2006). *Stress at work*. Pesquisa realizada em 18 de Fevereiro de 2016 de <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>

Nelas, P., Duarte, J., Dias, A., Chaves, C., Coutinho, E. & Amaral, O. (2016). *Vulnerability to stress and quality of life of women with urinary incontinence*. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 217, 1118-1123.

Nelson, L. & Simmons, L. (2002). Health psychology and work stress: A more positive approach. In J.C. Quick & L.E. Tetrick (Eds.), *Occupational Health Psychology*. 97-119. American Psychological Association. Washington.

Nicolas, M. & Jebrane, A. (2008). *Relationships between coping strategies and defense mechanisms in sport performance*. Psychological Reports, 103, 735-744.

Nieto, M., Vindel, A., Tobal, J., Camuñas, N., Sayalero, M. & Blanco, J. (2001). *La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: Un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento*. Ansiedad y Estrés, 7, 247-257.

Nunes, A., Olinto, A., Barros, C. & Comey, S. (2001). *Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais*. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 23, 21-27.

O'Connor, C., Rasmussen, S. & Hawton, K. (2010). *Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: the role of perfectionism and acute life stress*. Behavior Research Therapy, 48, 1, 52-59.

Organização Mundial de Saúde (1998). *Programme on mental health – WHOQOL User Manual*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.

Organização Mundial da Saúde (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva.

Organização Mundial da Saúde (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. WHO. Geneva

Ormel, J., Oldehinkel, J. & Vollebergh, W. (2004). *Vulnerability before, during and after a Major Depressive Episode. A 3-wave population-based study*. Archives of General Psychiatry, 61, 990-999.

Paap, E. & Gardner, M. (2011). *Body image disturbance and relationship satisfaction among college students*. Personality and Individual Differences, 51, 6, 715-719.

Papini, J. & Pinto, M. (2000). *Estresse e Trabalho*. Trabalho de Monografia, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Pereira, D. (2011). *Qualidade de vida no trabalho: Influência dos avanços tecnológicos*. Trabalho de Monografia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil.

Pereira, D. (2015). *Escolhas e Preferências Alimentares: Um estudo com estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Aplicada. Universidade do Minho

Pesa, A., Syre, R., Jones, E. (2000). *Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image*. Journal of Adolescent Health, 26, 5, 330-337.

Pipe, B., Bortz, J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V. & Summers, J. (2009). *Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: a randomized controlled trial*. Journal of nursing administration, 39, 3, 130-137.

Pocinho, M. & Capelo, R. (2009). *Vulnerability to stress, coping strategies and self-efficiency among Portuguese teachers*. Educação e Pesquisa, 35, 2, 351-367

Praag, H., Kloet, R. & Van Os, J. (2004). *Stress, the Brain and Depression*. Cambridge University Press.

Pruis, A. & Janowsky, S. (2010). *Assessment of body image in younger and older women*. The Journal of General Psychology, 137, 3, 225-238.

Quick, D., Horn, S. & Quick, C. (1986). *Health consequences of stress*. Journal of Organizational Behavior Management, 8, 19-36.

Quirino, A. (2007). *Stresse, coping e burnout em professores do 3º Ciclo*. Dissertação apresentada à Universidade do Algarve, com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde

Ramanpreet, K. (2015). *Quasi Experimental Study to Evaluate the Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation Therapy to Reduce Anxiety among Nursing Students*. International Journal of Psychiatric Nursing, 1, 1, 26-28.

Revicki, A., Travers, K., Wyrwich, W., Svedsater, H., Locklear, J., Mattera, S., Sheehan, V. & Montgomery, S. (2012). *Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe*. Journal of Affective Disorders, 140, 103-112.

Rodrigues, D. (2012). *Stress, Ansiedade, Imagem Corporal, Estilos de Vida e Hábitos de Saúde em trabalhadores de uma Câmara Municipal da Área Metropolitana de Lisboa*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa.

Ruotsalainen, J., Verbeek, J., Marine, A. & Serra, C. (2015). *Preventing occupational stress in healthcare workers*. Cochrane database of systematic reviews, 4, 11.

Ruysschaert, N. (2009). *(Self) Hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: Theory and induction*. Contemporary Hypnosis, 26, 3, 159-172.

Sacadura-Leite, E., Sousa-Uva, A. (2007). *Stress relacionado com o trabalho Saúde & Trabalho*, 6, 25-42.

Santana, S. & Cerdeira, J. (2011). *Satisfação no trabalho dos profissionais do AceS Baixo Bouga II*. Acta Médica Portuguesa, 24, 589-600.

Santos, B. (2012). *Satisfação no Trabalho*. Dissertação apresentada mestre em gestão estratégica de recursos humanos. Escola Superior de Ciências Empresariais. Instituto Politécnico de Setúbal.

Santos, E. (2012). *Satisfação Profissional, Imagem Corporal, Estilos de Vida Saudáveis e Condições Gerais de Saúde em funcionários de uma Câmara Municipal da Área Metropolitana de Lisboa*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.

Saur, M. & Pasian, R. (2008). *Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais*. Avaliação Psicológica, 7, 2, 199, 209.

Sailaxmi, G. & Lalitha, K. (2015). *Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients*. Asian Journal of Psychiatry, 14.

Semmer, K. (2010). Stress management and wellbeing interventions in the workplace. In C.L. Cooper, J. Field, U. Goswami, R Jenkins, & B. J. Sahakian (Eds.), *Mental capital and wellbeing* (pp.681-688). West Sussex: Wiley-Blackwell.

Serra, V. (2000). *Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stresse: a 23 QVS*. Psiquiatria Clínica, 20, 279-308

Serra, A. (2007). *Stress na vida de todos os dias*. 3ª Edição. Editor Adriano Vaz Serra. Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra

Simões, M., Machado, C., Gonçalves, E., Almeida, L. (2007). *Avaliação psicológica III – Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. Coimbra: Quarteto.

Simões, B. (2013). *Ansiedade, Satisfação e Bem-estar em finalistas e profissionais de Psicologia em início de carreira*. Dissertação apresentada à Universidade dos Açores, com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Selye, H. (1936). *A syndrome produced by diverse nocuous agents*. Nature, 138, 32.

Sepúlveda, R., Botella, J. & León, A. (2002). *Body-image disturbance in eating disorders: a meta-analysis*. Psychology in Spain, 6, 1, 83-95.

Sparks, K., Cooper, C., Fried, Y. & Shirom, A. (1997). *The effects of hours of work on health: A meta-analytic review*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 70, 391-408

Schaufeli, B. & Van Dierendonck, D. (2000). *Handleiding van de Utrechtse Burn-out Schaal*. Swets Test Services. Lisse.

Schneider, I., Liberali, R., Netto, M., Mutarelli, M. & Schneider, A. (2014). *Índice de massa corporal e percepção da imagem corporal em dançarinos de Concórdia, SC*. EFDesportes.com, Revista Digital, 17, 174.

Schroder, E. (2004). *Coping competence as predictor and moderator of depression among chronic disease patients*. Journal of Behavioral Medicine, 27, 123-565.

Schroder, E. & Ollis, L. (2013). *The Coping Competence Questionnaire: A measure of resilience to helplessness and depression*. *Motivation and Emotion*, 37, 286-302.

Schulz, M., Damkröger, A., Voltmer, E., Löwer, B., Driessen, M., Ward, M. et al. (2011). *Work-related behaviour and experience pattern in nurses: Impact on physical and mental health*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 411-417.

Schwartz, B. & Brownell, D. (2004). *Obesity and body image*. *Body Image*, 1, 43-56.

Shin, M. & Liberzon, I. (2010). *The neurocircuitry of fear, stress and anxiety disorders*. *Neuropsychopharmacology*, 35, 169-191.

Silva, I. & Ferreira, C. (2007). *Escala para avaliação de estressores ambientais no contexto off-shore oil (EACOS)*. *Avaliação Psicológica*, 6, 139-146

Silva, D. (2006). O inventário de estado-traço e de ansiedade – S.T.A.I. In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Coords.). *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 45-60). Coimbra: Quarteto Editora

Simmons, B. & Nelson, D. (2007). Eustress at work: Extending the Holistic Stress Model. In D. Nelson & C. Cooper (Eds.), *Positive Organizational Behavior* (pp.40-53). Sage Publications. London.

Sisto, F., Baptista, N., Noronha, P. & Santos, A. (2007). *Escala de vulnerabilidade ao estresse no trabalho*. Vetor. São Paulo.

Skaalvik, M. & Skaalvik, S. (2011). *Teachers' feeling belonging, exhaustion, and job satisfaction: the role of school goal structure and value consonance*. *Anxiety, Stress & Coping*, 24, 369-385

Slevec, J. & Tiggeman, M., (2010). *Attitudes toward cosmetic surgery in middle-aged women: body image, aging anxiety and the media*. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 1, 65-74

Smith, C. (2007). *The Smith Relaxation States Inventory (SRSI-3)*. Morrisville, NC: LuluPress.

Smith, C., Hancock, H., Blake-Mortimer, J. & Eckert, K. (2007). *A Randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety*. *Complementary Therapies in Medicine*, 15, 2, 77-83.

Stein, B. & Stein, J. (2008). *Social anxiety disorder*. *Lancet*, 371, 1115-1126.

Spector, E. (1999). *Individual differences in the job stress process of health care professionals*. In Firth-Cozens, J.; Payner, R. – *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions*. Willey, 33-42.

Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2)*. CA: Consulting Psychologists Press.

Sridevi, B. & Maheswar, V. (2015). *Management of Stress and Coping Strategies*. *International Journal of Multidisciplinary Approach and Studies*, 2, 6.

Sylvers, P, Lilienfeld, S. & LaPrairie, J. (2011). *Differences between Trait Fear and Trait Anxiety: Implications for Psychopathology*. *Clinical psychology review*, 31, 1, 122-137.

Tahir, S., Santhna, L. & Nizam, M. (2007). *Prevalence of Stress and coping mechanism among staff Nurses in the intensive care unit*. *Medicine and Health*. Nº2. Vol.2.pp.146-153

Tavares, C. (2003). *Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento*. Manole, Barueri.

Tavares, O. (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Aplicação do instrumento de avaliação de satisfação profissional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.

Tiggemann, M. (2004). *Body image across the adult life span: stability and change*. *Body Image*, 1, 29-41.

Tilton, S. (2008). *Review of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Ohio University

Thompson, K., Burke, L. & Krawczyk, P. (2012). Measurement of Body Image in Adolescence and Adulthood. In: T.F.Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (Vol II, pp.512-520). Academic Press. San Francisco.

Torabizadeh, C., Bostani, S. & Yektatalab, S. (2016). *Comparison between the effects of muscle relaxation and support groups on the anxiety of nursing students: A randomized controlled trial*. Complementary Therapies in Clinical Practice, 25, 106-113.

Tovilovic, S., Novovic, Z., Mihic, L. & Jovanovic, V. (2009). *The role of trait anxiety in induction of state anxiety*. Psihologija, 42, 4, 491-504.

Tsang, H., Cheung, W., Chan, A., Fung, K., Leung, A. & Au, D. (2013). *A Pilot Evaluation on a Stress Management Programme Using a Combined Approach of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) and Complementary and Alternative Medicine (CAM) for Elementary School Teachers*. Wiley Online Library, 35-42.

Walker, S., O'Connor, B., Shaefer, A., Talbot D. & Hendrickx, H. (2011). *The cortisol awakening response: Associations with trait anxiety and stress reactivity*. Personality and Individual Differences, 51, 123-127.

Westerber-Jacobson, J., Edlund, B. & Ghaderi, A. (2010). *A 5-year longitudinal study of the relationship between the wish to be thinner, lifestyle behaviours and disturbed eating in 9-20-year old girls*. European Eating Disorders Review, 18, 207-219.

Wild, K., Scholz, M., Ropohl, A., Bräuer, L., Paulsen, F. & Burger, P. (2014). *Strategies against Burnout and Anxiety in Medical Education – Implementation and Evaluation of a New Course on Relaxation Techniques (Relacs) for Medical Students*. PLoS ONE, 9, 12.

Wilson, E., Latner, D. & Hayashi, K. (2013). *More than just body weight: The role of body image in psychological and physical functioning*. Body Image, 10, 4, 644-647.

Wilt, J., Oehlberg, K. & Revelle, W. (2011). *Anxiety in personality*. Personality and Individual Differences, 50, 987-993.



Wolever, R., Bobinet, K., McCabe, K., Machenzie, E., Fekete, E. & Kusnick, C. (2012). *Effective and Viable Mind-Body Stress Reduction in the Workplace: A Randomized Controlled Trial*. Journal of Occupational Health Psychology, 17, 2, 246-258.

Yung, P., Fung, M., Chan, T. & Lau, B. (2004). *Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: A controlled study*. International Journal of Mental Health Nursing, 13, 4, 255-261.

Van Den Berg, A., Eisenberg, J., Ackard, M. & Neumark-Sztainer, D. (2010). *The link between study dissatisfaction and self-esteem in adolescents: similarities across gender, age, weight, status, race/ethnicity, and socioeconomic status*. Journal of Adolescent Health, 47, 290-296.

Varvogli, L. & Darviri, C. (2011). *Stress Management Techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health*. Health Science Journal, vol.5, 2.

Vasconcelos, L. (2014). *Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson na redução de fadiga em uma trabalhadora de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Viswanathan, K., Daugherty, C. & Dhabhar, S. (2005). *Stress as an endogenous adjuvant: augmentation of the immunization phase of cell-mediated immunity*. International Immunology, 17, 8, 1059-1069.

Vieira, P., Palmeira, A., Francisco, C. & Texeira, P. (2004). *Validação Portuguesa do Questionário de Forma Corporal*. Conferência: V Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, At Lisboa – CORRIGIR!!!

Zalewska, A. (2011). *Relationships between anxiety and job satisfaction – Three approaches: “Bottom-up”, “top-down” and “transactional”*. Personality and Individual Differences, 50, 977-986.



## VII. ANEXOS

### 7.1. Anexo I – Tabela de Artigos (Síntese)

N	Autores/A no	População	Objetivo	Protocolo	Variáveis	Instrumentos	Resultados e Conclusões
1	Borges e Ferreira (2013)	92 enfermeiros /alunos de cursos de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem da região norte de Portugal.	Analisar a eficácia de um programa de gestão de stresse e contribuir para a melhoria da qualidade de vida no trabalho, melhorando os cuidados em saúde prestados pelos enfermeiros, proporcionando alguns recursos que permitam desenvolver capacidades para gerir melhor o stresse relacionado com o trabalho de enfermagem.	Estudo com análise intra-sujeitos em dois momentos distintos, mediados por um intervalo de tempo de seis meses. O plano de intervenção teve três sessões de 2 horas cada e foi desenvolvido pela investigador a. O intervalo de tempo entre a 1ª e 2ª sessão foi de 3 a 4 semanas e entre a 2ª e 3ª de 3 semanas. Primeira sessão com abordagem de conteúdos teóricos relativos a stress e violência psicológica como indutora de stress. As outras sessões tiveram técnicas de relaxação do método de Jacobson para os grupos musculares e técnicas de imaginação guiada.	Automonitorização do pulso, antes e após a sessão de relaxamento.  Grau de relaxamento percebido pelo participante.	----- ----	Do total, 60 participaram em todas as sessões. Os resultados mostraram vantagem em aplicar programas de gestão do stresse laboral utilizando técnicas relacionadas com a relaxação progressiva de Jacobson. Verificou-se diminuição do ritmo cardíaco no final das sessões e aumentou grau de percepção do relaxamento muscular global.
2	Yung, Fung, Chan e Lau (2004)	65 gerentes de enfermagem, sendo 18 com incidência	Verificar como estas técnicas de relaxação podem melhorar a saúde mental de gerentes de	Os participantes foram avaliados na sessão de pré-	(tentar aceder ao PDF para verificar)	State-Trait Anxiety Inventory e General Health Questionnaire	Concluiu-se que ambos os métodos de relaxação tiveram contributos

		em relaxação cognitiva, 17 com técnicas de relaxação <i>stretch-release</i> e 35 o grupo de controlo.	enfermagem.	tratamento, quarta sessão e após 1 mês do final ( <i>follow-up</i> ).		e (ambos com versão chinesa)	positivos na saúde mental destes sujeitos. Discute-se, assim, a aplicação de treino de relaxação a enfermeiros e outros profissionais de saúde.
3	Nieto, Vindel, Tobal, Camuñas, Sayalero e Blanco (2001)	67 trabalhadores do Hospital Universitario de Getafe, estando divididos em dois grupos de intervenção. O primeiro ficou com 33 sujeitos e o segundo 34, havendo maioritariamente mulheres.	Houveram dois objetivos principais: 1) Explorar a relação entre ansiedade, ira e stress assistencial; 2) Provar a eficácia de um tratamento cognitivo-conductual para controlo da ira e ansiedade.	Desenvolvido o programa centrado no controlo do stress laboral e respostas emocionais associadas a este processo. Ambos os grupos tinham uma intervenção similar. 14 sessões semanais de intervenção, de hora e meia, começando inicialmente pelo grupo 1 e, quando este terminou, começou-se a intervenção com o grupo 2.	Ansiedade Ira Stress Burnout	Inventário de Situações e Respostas de Ansiedade; State-Trait Anger Expression Inventory 2 e Inventário de Burnout de Maslach	Com respeito ao primeiro objetivo, concluiu-se que existe relação entre resposta emocional negativa da ansiedade e ira e os processos de stress assistencial e burnout. Com relação ao segundo objetivo, a intervenção teve efeitos bastante positivos, baixando as pontuações que os sujeitos tinham a nível da ansiedade e expressão da ira, aumentando o controlo sobre a mesma.
4	Batcheller (2011)	10 enfermeiros, sendo 9 do género feminino e 1 do género masculino	Implementar um exercício de relaxação de curta duração para determinar se uma intervenção breve, em comparação com uma intervenção de longa duração, afetaria indicadores de stress e o stress fisiológico percebido nos enfermeiros.	Os intervenientes participaram em 4 sessões, durante 2 semanas. A primeira semana envolveu a recolha de dados (eg. frequência cardíaca, pressão arterial), para além do preenchimento de inquéritos para analisar os níveis de stress. Na segunda	Indicadores de stress e percepção do mesmo Frequência Cardíaca Pressão Arterial	Preenchimento de questionários	Observou-se diminuição da pressão arterial sistólica, de antes para depois da intervenção, bem como da diastólica, frequência cardíaca, stress percebido e afeto negativo, havendo um aumento do afeto positivo. Estes resultados colocam a hipótese de que a

				semana, houve intervenção comportamental e envolveu ouvir dois scripts de relaxação. Medidas fisiológicas e de autorrelato foram recolhidas antes e depois da intervenção.			intervenção na gestão do stresse pode ajudar a reduzir fatores de stresse, bem como o stresse percebido e algumas populações, como é o caso dos enfermeiros, devem ter este tipo de intervenção.
5	<b>Ruotsalainen, Verbeek, Mariné e Serra (2015)</b>	58 estudos analisados. Foram considerados os participantes de todos os estudos (N= 7188)	Avaliar diferentes formas de prevenir o stresse e burnout em trabalhadores ligados à saúde.	As intervenções de todos os estudos foram categorizadas em 3 grupos: - Treino Cognitivo-comportamental; - Relaxação física e mental; - Mudanças organizacionais.	----- -----	----- -----	Tanto o Treino Cognitivo-comportamental como a Relaxação física e mental reduzem o stresse moderadamente. As mudanças de horário de trabalho também reduzem o stresse, mas as restantes mudanças organizacionais não têm efeitos evidentes. No entanto, esta redução tem falta de qualidade. São necessários mais estudos, com apenas um tipo de intervenção e um placebo. Conclui-se que as mudanças organizacionais têm de ser mais focadas nos agentes que provocam stresse.
6	<b>Wild et al. (2014)</b>	Estudantes de medicina (N=88).	Ensinar técnicas de relaxação a um grupo de alunos e analisar o estado dos alunos antes e depois do curso, comparando	Os alunos participaram no curso ao longo de um semestre e preencheram o questionário no início e	Ansiedade Depressão Qualidade de Vida Senso e coerência Burnout	Questionários validados - BOSS-II - STAIG-G - BDI - SF-12 - SOC-L9	Os participantes do curso revelaram uma diminuição do stresse cognitivo e emocional e

			com alunos que não fizeram o curso.	no fim do curso.			diminuição do esgotamento ao nível da ansiedade e da depressão média. Ao mesmo, aumentou o senso de coerência.
7	<b>Smith, Hancock, Mortimer e Eckert (2007)</b>	Uso comparativo randomizado, usando 131 sujeitos, com níveis de stresse ligeiro a moderado recrutados da comunidade do sul da Austrália.	Comparar ioga e relaxamento como modalidades de tratamento em 10 e 16 semanas para verificar se as modalidades reduzem o stresse, ansiedade, pressão arterial e qualidade de vida.	1 sessão por semana, durante 10 semanas, de 1 hora, de relaxamento ou de ioga	- Stresse - Ansiedade - Pressão arterial - Qualidade de vida	- General Health Questionnaire e (Short-Form 36) - State Trait Personality Inventory	A ansiedade e scores de qualidade de vida melhoraram ao longo do tempo. Yoga e relaxamento reduzem stresse, ansiedade e melhoram o estado de saúde em 7 domínios do SF-36. Para melhorar a saúde mental, o ioga mostrou-se mais eficaz que a relaxação.
8	<b>Kestenberg et al. (2014)</b>	Estudo quantitativo/descritivo feito a 213 estudantes, participantes do projeto "Vivendo Vivências".	Identificar o grau de stresse dos estudantes de enfermagem participantes do projeto de extensão "Vivendo Vivências" e compreender se as técnicas de relaxamento empregadas foram consideradas significativas na avaliação dos estudantes.	O projeto "Vivendo Vivências" tem carga horária de 1080 horas semestrais, distribuídas em 44 semanas. As atividades do projeto são desenvolvidas por meio de trabalho de grupo, utilizando o método vivencial. Em média são 16 encontros semestrais, cuja periodicidade é semanal com duração de 3 horas cada um. A nível da relaxação, primeiro é realizado o relaxamento, a partir da adaptação	Pretendia-se que se respondesse à questão: quais atividades desenvolvidas considerou como mais significativas e porquê? Indicadores de stresse	- Inventário de Sintomas de Stresse de Lips - Questionário relacionado com a avaliação do projeto	Os resultados evidenciam que 60,57% considera a relaxação como algo muito importante. Conclui-se que o stresse identificado na vida dos estudados pode ser gerenciado a partir da aprendizagem de técnicas de relaxamento.

				de dois métodos: o relaxamento progressivo de Jacobson o método de treinamento autógeno de Scuhltz.			
9	<b>Chaudhuri et al. (2014)</b>	Foram selecionadas 64 mulheres para este estudo, com scores de stresse acima do nível 200.	Detetar níveis de stresse em profissionais de saúde do género feminino entre os 25 e 35 anos e o seu impacto na saúde.	Projeto feito em hospital na Índia. Após avaliados níveis de stresse, scores acima de 200 foram selecionados. As participantes receberam treinamento através de relaxação muscular progressiva, durante 3 meses.	Parâmetros vitais (eg. respiração, pressão arterial, taxa de pulso em repouso, eletrocardiograma, análise do perfil lipídico)	- Presumptive life event stress scale. - Perceived Stress Scale.	Significativa redução da frequência cardíaca em repouso e dos níveis da PSS. Diminuição significativa do colesterol total. Conclui-se que o aumento da tensão entre mulheres profissionais de saúde é motivo de preocupação e há necessidade de fazer modificações nos estilos de vida, praticando-se exercícios de relaxação que vão aliviar o stresse e melhorar a qualidade de vida no geral e beneficiar a própria assistência ao paciente.
10	<b>Chicaybane Malagris (2014)</b>	19 pacientes de um programa de hipertensão e diabetes no Rio de Janeiro.	Avaliar efeitos do treino de relaxamento e respiração para hipertensos	O grupo experimental submeteu-se ao treino de relaxamento e respiração para hipertensos em 13 sessões de 60 minutos e teve pressão arterial aferida antes e após cada sessão. O grupo-controle compareceu semanalmente para aferir pressão arterial.	Sintomas de stresse Pressão arterial	- Inventário de sintomas de stresse - Entrevista psicológica para hipertensos - Folha de registo semanal do treino de relaxamento e respiração	Verificou-se que o treino de relaxamento e respiração para hipertensos reduziu índice e sintomas de stress no grupo experimental, isoladamente, exceto na comparação com o grupo-controle; contudo, não reduziu níveis de pressão arterial do grupo experimental, comparado

							ao grupo-controle. Os resultados indicam que, além do treino de relaxamento e respiração para hipertensos, outras estratégias parecem necessárias para controle do stress e da hipertensão.
11	Lea (2014)	14 estudantes universitários	Observar mudanças no stress percebido em alunos da Universidade de Pittsburgh.	5 sessões, durante 5 semanas, de ioga. Mediram-se as mudanças no stress percebido reportado na primeira, terceira e quinta aulas de ioga.	Nível de Stress Percebido	- Perceived Stress Scale	9 dos 14 estudantes mostraram diminuição da tensão percebida. Pode-se concluir que existem mudanças positivas no stress positivo em estudantes que participam nem ioga.
12	Ramanpreet (2015) – falta procurar	60 estudantes de enfermagem de Ludhiana, Punjab.	Avaliar a eficácia de um programa de relaxação muscular progressiva em reduzir o stress.	(Aceder ao pdf)	(Aceder ao pdf)	(Aceder ao pdf)	Verificou-se redução dos níveis de stress no grupo experimental, comparando com o grupo de controlo, bem como os níveis de ansiedade.
13	Ferrer et al. (2014)	Estudo de controlo randomizado, a nível geriátrico, feito a 30 residentes idosos, com idades compreendidas entre os 74 e os 91 anos.	Avaliar a eficácia de técnica de relaxamento com base na resposta de relaxamento de Benson para melhorar o bem-estar psicológico.	Intervenção durante 2 semanas e 3 meses de acompanhamento. Existência de dois grupos. Usada técnica de resposta de relaxamento (Benson – técnica de tranquilização).	Bem-estar psicológico Qualidade de vida Variáveis biomédicas Alterações imunológicas	- Satisfaction with Life Scale - Affect Balance Scale - Nottingham Health Profile - Benson's Symptom List	Método parece ser eficaz em aumentar o bem-estar psicológico e modulação da atividade imune num grupo de pessoas idosas. Isto representa o alcance de benefícios para a saúde com baixo custo.
14	Elder, Nidich, Moriarty e Nidich (2014)	Professores e auxiliares (n=40)	Avaliar os efeitos do programa Transcendental Meditation no stress psicológico e burnout em trabalhadores	Os 40 participantes foram divididos em dois grupos (TM (n=20) e grupo de controlo (n=20)). O	Stress percebido, depressão e burnout	- The Perceived Stress Scale; - The Mental Health Inventory-5 (Short-Form Health Survey);	De acordo com a análise dos resultados obtidos ao fim de 4 meses de intervenção, em



			de uma escola residencial terapêutica para estudantes com problemas comportamentais severos.	recrutamento , intervenção e follow-up decorreu entre Fevereiro de 2010 e Agosto de 2010 na Bennigton School no Norte de Bernnigton.		- Zung Self-Rating Depression Scale; - The Maslach Burnout Inventory-Educators Survey	comparação com o grupo de controlo, o grupo Transcendental Meditation, indicou uma redução das variáveis analisadas. Assim, pode-se concluir que o programa Transcendental Meditation é eficaz na redução do stress percebido em professores e auxiliares de uma escola terapêutica para estudantes com problemas de comportamentos
15	Kaspereen (2012) falta procurar	Professores e auxiliares de uma escola secundária (n=54)	Examinar como a therapy relaxation (RT) pode ser eficaz na redução do stress em professores e auxiliares.	Os participantes foram divididos em dois grupos (grupo de intervenção relaxação e o grupo de controlo). O grupo foi avaliado no início e no fim da intervenção.	Stress percebido, Stress no trabalho percebido e satisfação com a vida.	(falta encontrar o artigo em pdf)	O resultados demonstraram que a intervenção foi eficaz. Os valores relacionado com as variáveis stress percebido e stress no trabalho percebido diminuíram e os valores da satisfação com a vida aumentaram no grupo de intervenção. No grupo de controlo não houve nenhuma alteração das variáveis. O programa de relaxação pode ser um método eficaz para melhorar a satisfação profissional.
16	Gómez (2010)	Funcionários do Lar da Liga Amigos de	Avaliar o impacto de um programa de relaxamento na	A amostra foi dividida em grupo de controlo	Pressão arterial, frequência cardíaca,	- Hospital Anxiety and Depression Scale	Pela análise de dados que foi realizado e

		Aguada de Cima (n=16)	percepção de stress nos cuidadores formais do lar da Liga Amigos de Aguada de Cima (LAAC)	(n=8) e grupo experimental (n=8)	Questões sócio-demográficas , ansiedade e percepção do stress, satisfação no trabalho,	(HADS) - Questionário Sócio-Demográfico - Questionário da Percepção do stress - Questionário da Satisfação com o Trabalho - Folha de Registo da Tensão Arterial	devido a ausência de resultados estatisticamente significativos nos questionários aplicados, não se pode afirmar que houve uma diminuição da percepção de stress após o programa de relaxamento. Porém, uma aparente diminuição da correlação positiva entre a ansiedade e a percepção de stress após o programa de relaxamento progressivo de Jacobson, assim como a diminuição da pressão arterial diastólica ao longo de algumas das sessões de relaxamento, parecem indicar um efeito positivo do mesmo, ainda que tal não tenha sido percebida pelos indivíduos intervenientes neste estudo.
17	Goetz et al.(2013)	Professores (n= 91)	Avaliar os efeitos da terapia respiratória para a prevenção primária de burnout em professores	O estudo foi organizado em quatro momentos: antes da avaliação, depois da intervenção, três meses (follow up 1), depois da intervenção, seis meses (follow up 2) e depois da intervenção. A		- Escala Work-related Behaviour and Experience Pattern (AVEM) - Questionários sócio-demográficos - Psychopathology Screening (VDS90)	Melhoria significativa do equilíbrio emocional, aumento da resistência às demandas ocupacionais e mudanças positivas relacionadas à organização do trabalho indicando um possível

				<p>intervenção – terapia respiratória – ocorreu semanalmente durante oito semanas. As sessões foram conduzidas por doze terapeutas. Foi utilizado um manual padronizado elaborado previamente, baseado em elementos como alongamento, pressão respiratória, sequência de movimento, espaço de tempo.</p>			<p>efeito como estratégia de prevenção primária. Foram observadas melhorias no grupo de intervenção em duas escalas “distanciamento emocional” e “equilíbrio mental e estabilidade”</p>
18	<p>Pipe, Bortz, Dueck, Pendergast, Buchda e Summers (2009)</p>	<p>Enfermeiras chefe (n=33)</p>	<p>Avaliar o efeito de intervenção breve para gestão de stress em enfermeiras chefes</p>	<p>As enfermeiras receberam um curso breve de mindfulness (MMC) ou um curso de liderança. O instrumento de auto-relato do stress utilizado foi administrado no início e 1 semana antes da conclusão do curso</p>		<p>- Symptom Checklist 90-Revised - Positive Symptom Distress Index</p>	<p>Os resultados confirmam a eficácia de um programa de 4 semanas de MMC na redução dos sintomas de auto-relatos do stress entre os enfermeiros</p>
19	<p>Vasconcelos (2014)</p>	<p>Pesquisa qualitativa: estudo de caso (n=1)</p>	<p>Descrever a trajetória de adoecimento e incapacidade laboral de uma trabalhadora de enfermagem de um hospital público de ensino; Mensurar a fadiga antes e após aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson em uma trabalhadora de enfermagem com restrição laboral; Descrever o impacto da técnica de</p>	<p>Aplicação do instrumento I, realização das intervenções, aplicação do instrumento II,</p>	<p>Vivenciar o cotidiano de dor e limitações; perceber o trabalho de enfermagem fonte de adoecimento e incapacidade; buscar estratégias para conviver com a incapacidade para o trabalho; a ausência de políticas de recursos humanos em enfermagem; fadiga</p>	<p>- Caracterização da trabalhadora (instrumento I) - Escala de Fadiga de Chalder (I e II) - Avaliação Final (Instrumento II)</p>	<p>O estudo revela que a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson é eficiente na redução da ansiedade, no controlo da dor aguda e crónica das doenças osteomusculares, na redução da exaustão emocional, e permite recomendar o uso da técnica nos trabalhadores de</p>

			relaxamento muscular progressivo de Jacobson na redução da fadiga				enfermagem para redução da fadiga.
20	Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska & Rakel (2013)	Médicos de cuidados primários (n=30)	Investigar se a intervenção por mindfulness contribui para o aumento da satisfação no trabalho, qualidade de vida e compaixão entre os médicos de cuidados primários	Foi utilizado o design de pré e pós teste.	Burnout, stress, resiliência, compaixão	- Resilience Scale - Santa Clara Brief Compassion Scale - Perceived Scale - Depression Anxiety Stress Scales-21 - Maslach Burnout Inventory	Após a análise dos resultados obtidos, pode-se observar uma redução as variáveis burnout, depressão, ansiedade e stress. O programa mindfulness adaptado pode ser uma ferramenta eficiente para ajudar os profissionais de saúde, no qual pode ter implicações nos cuidados do paciente.
21	Wolever, Bobinet, McCabe e Machenzie (2012)	Funcionários voluntários (n=239)	O objetivo primário foi avaliar a viabilidade de dois programas de redução de stress no local de trabalho (yoga terapêutico e mindfulness). O segundo objetivo foi avaliar 2 locais de intervenção baseado na atenção plena (online vs presencial)	Foi realizado um pré e pós-teste, divididos em 3 grupos. Foi analisado as diferenças entre os grupos ao longo do tempo sobre o stress percebido e medidas secundárias para esclarecer quanto as variáveis a incluir.	Qualidade do sono, humor, níveis de dor, produtividade no trabalho, atenção plena, pressão arterial, frequência respiratória, variabilidade da frequência cardíaca		Em comparação com o grupo de controlo, as intervenções mostraram melhorias significativamente maiores no stress percebido, qualidade do sono, relação entre o ritmo cardíaco e variabilidade da frequência cardíaca. Os dois locais escolhidos produziram efeitos equivalentes entre as duas intervenções. Ambos os programas baseados em mindfulness e yoga terapêutica pode fornecer intervenções viáveis e eficazes

							para atingir altos níveis de stress, qualidade do sono.
22	Tsang, Cheung, Chan, Fung, Leung & Au (2013)	Professores (n=47) de nove escolas e professores (n=46) de cinco escolas do Hong Kong	Explorar a eficácia da implementação de um programa de gestão do stress baseado numa abordagem combinada utilizado a terapia cognitivo comportamental e medicina alternativa	Um design quasi-experimental foi utilizado para comparar o grupo de intervenção (n=47) com o grupo de controlo (n=46)	Depressão, ansiedade e stress	- Stress subscale of Occupational Stress Indicator - Teacher's Sense of Efficacy Scale	Os resultados mostram um suporte preliminar na utilização de um programa de gestão do stress baseado no CBT e CAM em diminuir os níveis de stress, depressão e ansiedade nos professores em Hong Kong. A relaxação muscular progressiva mostrou ser uma intervenção eficaz na redução da tensão muscular, pressão arterial e taxa metabólica. A Respiração diafragmática também pode promover uma relaxação física e psicológica entre os indivíduos com dificuldades
23	Figl-Hertlein, Horsak, Dean, Schöny & Stamm (2014)	Professores de escolas secundárias (n= 69 )	Realizar um estudo piloto de forma a explorar os potenciais efeitos de um programa de saúde ocupacional. Desenvolver uma metodologia de estudo de forma a reunir dados preliminares para o desenvolvimento de estudos futuros	Cluster randomised estudo piloto com uma amostra de conveniência . A amostra foi dividida em dois grupos: grupo de intervenção (n= 26) e grupo de controlo (n= 43). A intervenção teve a duração de 30 minutos durante 5	Componentes físicas e mentais e transição de saúde	- Short-Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36) - Work-related behavior and experience patterns questionnaire (AVEM)	Um programa de saúde ocupacional dirigido pode prevenir a deterioração da saúde física dos professores

				meses relacionado com ergonomia e gestão do stress			
24	Jesus, Miguel-Tobal, Rus, Viseu & Gambo (2014)	Professores e Médicos (n= 144)	Investigar a influência de um treino de gestão de stresse	Design pré-teste e pós-teste	Exaustão emocional, stresse ocupacional, crenças irracionais		Houve uma diminuição nos resultados relacionados com o stresse. No entanto, nem todos os resultados obtidos foram estatisticamente significativos. O maior impacto do programa foi sobre a variável crenças irracionais. Estes resultados sugerem benefícios a curto prazo sobre o stress em professores e médicos
25	Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos & Paul (2013)	Indivíduos diagnosticados com alguma doença interna (n= 2214)	Avaliar as características sócio-demográficas, clínicas e psicológicas de pacientes com doenças internas e que utilizem técnicas de relaxação como estratégia de coping	Análise de regressão logística múltipla	Características sócio-demográficas, características clínicas, saúde mental, satisfação com a vida e com a saúde, locus de controlo de saúde	Foram aplicadas algumas questões para determinar se já tinham utilizado as técnicas de relaxação anteriormente: - Alguma vez já utilizou técnicas de relaxação (treino autógeno, mindfulness, meditação) para lidar com a sua doença atual? - Qual é a importância da utilização de técnicas de relaxação para lidar com a sua doença atual?	Na amostra deste estudo, as técnicas de relaxação foram utilizadas em por cerca de 43% pessoas. Os indivíduos que recorreram as técnicas de relaxação são indivíduos de meia-idade, género feminino, diagnosticado com fibromialgia, não fumador, empregado a part-time e uma elevada satisfação de vida.
26	Büyükyılmaz, Türkinaz (2013)	Pacientes diagnosticados com artroplastia do quadril	Examinar os efeitos das técnicas de relaxação e massagem na	A amostra foi organizada em dois grupos: grupo	Dor, ansiedade, sinais vitais e pressão arterial	- McGill Pain Questionnaire e Short Form (MPQ-SF) - State	Os resultados fornecem evidências para apoiar o

		ou joelho (n= 6)	dor pós-operatória, ansiedade e nos sinais vitais em pós-operatório	experimental e grupo de controlo	(sistólica e diastólica)	Anxiety Inventory (SAI)	uso de técnicas de relaxamento e massagem nas costas em momentos de repouso para diminuir a dor e ansiedade. As intervenção ajudaram os pacientes a esquecerem a sua dor por momentos e melhoraram o seu estado de ansiedade.
27	Akin & Akin (2015)	Estudantes universitários (n= 284)	Investigar o papel mediador da capacidade de enfrentamento na relação entre mindfulness e flourishing	Primeiro foi pedido permissão ao chefe dos departamentos para a administração das escalas. De seguida os participantes foram informados sobre o objetivo e natureza do estudo. Os questionários foram preenchidos numa sala calma, divididos em grupos mas individualmente.	Competências de coping, mindfulness e flourishing	-Cognitive and Affective Mindfulness Scale - Coping Competence Questionnaire - Flourishing Scale	Os resultados deste estudo mostram que competência de coping e flourishing foram positivamente preditos pelo my mindfulness. Por outro lado, flourishing foi positivamente predito pela competência de coping. Em adição, competência de coping foi mediado pela relação entre mindfulness and flourishing.
28	Moghimi Sam, Jafari & Hoseini (2013)	Estudantes do liceu (n=30)	Examinar os efeitos da gestão do stress no desempenho académico dos alunos	Estudo quasi-experimental. A amostra foi dividida em dois grupos: grupo de controlo (n= 15) e grupo experimental (n=15) e os instrumentos foram aplicados antes e depois da intervenção. A intervenção teve a duração de 4 semanas,	Gestão do stress, stress e estatuto académico		A diferença média entre os dois grupos após intervenção, na gestão do stress, stress e desempenho académico foram significativas, a intervenção de gestão de stress pode ser benéfico para os melhorarem os seus desempenhos académicos
29	Sailaxmi,	Enfermeiras	Avaliar a	Estudo	Dados	- DCL Stress	As

	Lalitha (2015)	(n=60)	eficácia de um programa de gestão do stresse na redução do stress em enfermeiras que trabalham num hospital psiquiátrico	quasi-experimental . Um grupo pré-teste e pós-teste. A intervenção teve duração de uma hora e era necessário que os participantes estivessem presentes em 10 sessões consecutivas	sóciodemográficos, níveis de stress,	Scale	estratégias de gestão do stress tiveram um impacto positivo no nível de stress nas enfermeiras
30	Boyaci, Sensoy, Beydag, Kiyak (2014)	Profissionais de cuidados de saúde (n=103)	Determinar os principais factores de stress enfrentados pelos profissionais de saúde e as formas utilizadas para enfrentar estes mesmos factores	Estudo descritivo.	Dados sócio-demográficos , recursos utilizados para lidar com o stress, alterações de comportamentos e monitorização das reacções ao stress	- 8 questões sobre a vida profissional - 3 questões sobre os recursos do stress - 10 questões sobre as mudanças de comportamentos sob stress - 1 sobre a medição das reacções do stress	83% dos participantes referiram que tinham vários factores de stress. Os principais factores encontrados foram relações com os gerentes, injustiça na avaliação do desempenho , insatisfação do paciente, medo de queixas, desvalorização do trabalho pelos outros e má distribuição da tarefa. Foi encontrado que os factores de stress e métodos de coping diferem em função da ocupação, género e experiência profissional.
31	Lan, Rahmat, Subramanian & Kar (2014)	Enfermeiros dos cuidados críticos (n=41)	Avaliar a eficácia de programa baseado no mindfulness na redução do stress e promoção do bem-estar entre os enfermeiros dos cuidados críticos	Estudo quasi-experimental , um grupo, design pre e pós estudo	Variáveis relacionadas com o stress e variáveis relacionadas com o bem-estar	- Perceived Stress Scale (PSS) - Depression Anxiety Stress Scale (DASS) - Mindfulness Attention and Awareness Scale and Subjective Happiness Scale (SHS)	Houve uma melhoria significativa no nível do stress perceptivo, stress, ansiedade, depressão, mindfulness e felicidade. Assim, o resultados suportam a eficácia do b-MBCT na redução do



							stress e promoção do bem-estar entre as enfermeiras dos cuidados de saúde
32	Torabizadeh, Bostani & Yektatalab (2016)	Estudantes de enfermagem (n=150)	Comparar os efeitos de dois métodos de relaxação muscular e grupo suporte nos níveis de ansiedade	Randomized controlled trial em que a amostra foi dividida em três grupos : relaxação muscular, grupo suporte e grupo de controlo (utilização do método permuted-block randomization)	Níveis de ansiedade	Spielberger's inventory	O estudo mostrou que os dois métodos possui um impacto significativo nos níveis de ansiedade, sendo que a relaxação muscular revelou ser mais eficaz do que o grupo de suporte
33	Gardiner, Sadikova, Filippelli, Mitchell, White, Saper, Kaptchuk, Jack & Fredman (2015)	Pacientes (n=623)	Identificar factores clínicos, sócio-económico e comportamentos de saúde associados a utilização de técnicas de relaxação e gestão do stress	We conducted a secondary analysis of baseline data from 623 hospitalized patients enrolled in the Re-Engineered Discharge (RED) clinical trial. We used bivariate and multivariate logistic regression to test the association of SMART with socio-demographic characteristics, health behaviors and clinical factors.	Dados sociodemográficos, conhecimentos dos hábitos de saúde, comportamentos de saúde, comorbilidade	- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine Scale (REALM) - Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) - Charlson Comorbidity Index	Foi encontrado uma ótima utilização das técnicas de relaxação e gestão do stress entre todos os grupos raciais em comparação com os estudos nacionais anteriores. Neste com depressão, utilização de drogas ilícitas e incapacidade de trabalho reportaram taxas mais altas na utilização das técnicas de relaxação e gestão do stress
34	Christina (2014)	Estudantes Universitárias (n= 40)	Investigar os efeitos da relaxação Kasperen combinado com música relaxante (soft-tempo) nos níveis de stress e níveis de performance cognitiva	O estudo consistiu em duas variáveis independentes, Tempo e Grupo, com dois níveis cada um : Tempo (Pre vs Post) e Grupo (Experimental vs Control)	Stress, memória de trabalho e atenção sustentada e seletiva	-Stress Energy Inventory - The Digit Span WMS-III - The Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Teste (IVA+plus)	As descobertas no stress e memória, confirmam as hipóteses formuladas inicialmente. O nível de memória no grupo experimental aumentou do pre-measurements to post-measurements enquanto que o nível

							de stress reduziram.
--	--	--	--	--	--	--	-------------------------

## 7.2. Anexo II – Instrumentos

### 7.2.1. Questionário Geral sobre as Condições de Saúde



Código



#### QUESTIONÁRIO GERAL SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE

**Instruções:** Assinale com um X a resposta que considera mais correcta em relação a cada uma das perguntas. Em alguns casos a questão é de resposta múltipla.

##### A) Estado Geral de Saúde

1. Como classifica o seu estado de saúde actual?

1. ☐ Muito Bom                      2. ☐ Bom                      3. ☐ Razoável                      4. ☐ Mau

2. Tem alguma doença crónica? 0. ☐ Não                      1. ☐ Sim. Qual? \_\_\_\_\_

##### B) Actividade Física

3. Tendo em conta os factores idade, peso e sexo como avalia a sua actual condição física?

1. ☐ Muito Boa                      2. ☐ Boa                      3. ☐ Razoável                      4. ☐ Má

4. Quantas vezes por semana pratica algum tipo de actividade física?

1. ☐ Todos os dias    2. ☐ 4 a 6 vezes por semana    3. ☐ 1 a 3 vezes por semana    4. ☐ Nunca

##### C) Nutrição e Controlo do Peso

5. Em geral, a sua alimentação diária (qualitativamente e quantitativamente) é:

1. ☐ Muito Boa                      2. ☐ Boa                      3. ☐ Razoável                      4. ☐ Má

6. Em geral, onde realiza as suas refeições diárias (almoço)?

1. ☐ Na sua residência    2. ☐ Refeitório da CMS    3. ☐ Restaurante/snack-bar    4. ☐ Outro: \_\_\_\_\_

##### D) Consumo de Álcool

7. Com que frequência toma bebidas alcoólicas?

1. ☐ Nunca    2. ☐ Apenas em ocasiões especiais    3. ☐ Frequentemente    4. ☐ Todos os dias

##### E) Consumo de tabaco

8. Quais são actualmente os seus hábitos tabagistas?

1. ☐ Nunca fumo                      2. ☐ Fumo de vez em quando                      3. ☐ Todos os dias

a) Se fuma, quantos cigarros fuma em média, por dia?

9. Há quantos anos é que fuma? \_\_\_\_\_

**F) Medicação**

10. Toma regularmente algum medicamento? 0. Não 1. Sim

a) Se sim para que efeito?

1. Doença do Foro Respiratório
2. Doença Oncológica
3. Doença do Foro cardiovascular - 4. Hipertensão; 5. Diabetes 6. Colesterol
7. Doença Mental
8. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**G) Problemas de Saúde/Baixa**

11. Nos últimos 12 meses, quantos dias, aproximadamente, é que esteve com baixa por motivo de doença, acidente ou lesão?

1. Menos que 10 dias 2. De 10 a 30 dias 3. De 31 a 60 dias 4. Mais de 60 dias

a) Qual o motivo? 0. Doença do próprio 1. Assistência a familiar

**H) Gestão de Tempo**

12. Em média, quantas horas de sono tem, diariamente?

1. Menos do que 6 h 2. Entre 6 a 7 h 3. Entre 7 a 8 h 4. Mais de 8 h

13. Quanto tempo gasta em deslocação para o seu local de trabalho?

1. Menos de 15 minutos 2. 16 a 30 Minutos 3. 31 a 60 Minutos 4. Mais de 1 hora

14. Exerce algum outro trabalho remunerado? 0. ☐ Não 1. ☐ Sim

a) Se sim, quantas horas despende por semana?

1. Menos de 3 horas 2. 3 a 5 horas 3. 5 a 8 horas 4. Mais de 8 horas

15. Fora do horário de trabalho quanto tempo utiliza semanalmente para as tarefas domésticas:

1. Nenhum 2. Menos de 3 horas 3. Entre 3 a 5 horas 4. Mais de 5 horas

16. Fora do horário de trabalho quanto tempo utiliza semanalmente para as actividades de lazer:

1. Nenhum 2. Menos de 3 horas 3. Entre 3 a 5 horas 4. Mais de 5 horas

**I) Caracterização Sociodemográfica**

17. Idade: \_\_\_\_\_ anos      18. Escolaridade: \_\_\_\_\_
19. Peso \_\_\_\_\_ Kg      20. Altura \_\_\_\_\_ cm
21. Género: 0. ☐ Feminino      1. ☐ Masculino
22. Estado civil: 1. ☐ Solteiro      2. ☐ Casado      3. ☐ Separado      4. ☐ Divorciado      5. ☐ Viúvo
23. O seu trabalho é essencialmente: 0. ☐ Sedentário      1. ☐ Não sedentário
24. Actual situação no emprego:
1. ☐ Pertence ao quadro de pessoal
2. ☐ Tem contrato administrativo de provimento
3. ☐ Está com contrato individual de trabalho
4. ☐ Outra (por ex., situação de requisição ou destacamento, licença sem vencimento)
25. Exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação ? Formal ou informalmente?
1. ☐ Não      2. ☐ Sim, formalmente      3. ☐ Sim, informalmente
26. Em média quanto do seu tempo fora do horário de trabalho gasta semanalmente em tarefas profissionais (horas extraordinárias):
1. ☐ Menos de três horas      2. ☐ 3 a 5 horas      3. ☐ 5 a 8 horas      4. ☐ Mais de 8 horas
27. Qual o seu rendimento líquido mensal familiar (os seus rendimentos mais os dos que vivem consigo)?
1. ☐ Inferior a 499€      2. ☐ 500€ - 999€      3. ☐ 1000€ - 1499€
4. ☐ 1500€ - 1999€      5. ☐ 2000€ - 2999€      6. ☐ 3000€ ou superior

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## 7.2.2. Escala de Satisfação Profissional



Código



© Luís Graça (1999-2004)	<b>Avaliação da Satisfação Profissional</b> <b>(adaptação pelo projecto REGES – CIPER – FMH – UTL, 2009)</b>
-----------------------------	---

### I Parte      Grau de importância atribuída às diferentes dimensões da satisfação profissional

A seguir estão listadas e definidas **oito dimensões** (ou factores) de satisfação no trabalho. Você terá que decidir qual é a dimensão (ou o factor) a que atribui **maior importância**, em termos motivacionais, ou seja, aquela que **deveria contribuir mais** para a sua satisfação em termos ideais (não necessariamente a que contribui mais, actualmente).

Ordene estas oito dimensões, de acordo com o critério de importância motivacional: À dimensão a que atribui **mais importância** dará a pontuação **1**, e à que **considera menos importante** a pontuação **8**. **Nunca repita nenhum dos valores, de 1 a 8.**

**Quadro I — Principais dimensões da satisfação profissional e sua ordenação em termos de importância motivacional**

<b>Dimensão</b>	<b>Conceito</b>	<b>Ordenação</b>
<b>A. AUTONOMIA &amp; PODER</b>	Margem de poder e de liberdade que o profissional tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pela especificidade da prestação de serviços, da organização e do sistema onde se está inserido. Inclui a oportunidade de participação na organização e funcionamento dos serviços (por ex., elaboração e avaliação do plano de actividades).	<input type="text"/> <input type="text"/>

<b>B. CONDIÇÕES DE TRABALHO &amp; SAÚDE</b>	Inclui: (a) o ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores; (b) a existência de serviços, programas e actividades orientados para a prevenção dos riscos profissionais, a vigilância e a promoção da saúde (por ex., ter meios, a nível individual e colectivo, para proteger a sua saúde e a dos seus colegas); (c) o nível de informação e de formação que se tem no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.	
<b>C. REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL &amp; DESEMPENHO ORGANIZACIONAL</b>	Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional, o que decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem (ou da carreira), do conteúdo e da organização do trabalho, etc. A realização pessoal e profissional está, assim, associada ao próprio desempenho organizacional do serviço ou sistema.	<input type="checkbox"/>
<b>D. RELAÇÃO PROFISSIONAL /UTENTE</b>	Basicamente, as interacções humanas positivas que se estabelecem entre os profissionais e os utentes do serviço.	<input type="checkbox"/>
<b>E. RELAÇÕES DE TRABALHO &amp; SUPORTE SOCIAL</b>	O conjunto das relações de trabalho (hierárquicas, funcionais e cooperativas) que os profissionais estabelecem uns com os outros, a nível interno e externo. Inclui o suporte social que pode (e deve) ser dada pela direcção do serviço, pelos pares e demais colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/>
<b>F. REMUNERAÇÃO</b>	As recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, directa (em espécie) ou indirecta (em géneros) que o profissional recebe pelas funções que exerce, incluindo o vencimento-base e outras remunerações complementares (por ex., horas extraordinárias, ajudas de custo, gratificação de chefia). Inclui a percepção da equidade dessas recompensas em função do desempenho, da qualificação, etc.	<input type="checkbox"/>
<b>G. SEGURANÇA NO EMPREGO</b>	A garantia de estabilidade em relação não só à função (ou cargo) que actualmente desempenha como em relação ao futuro da sua carreira profissional e do seu vínculo à entidade patronal.	<input type="checkbox"/>
<b>H. STATUS &amp; PRESTÍGIO</b>	O prestígio socioprofissional que decorre da profissão, da carreira profissional e da organização onde se trabalha, incluindo a auto-estima, a consideração manifestada pelos utentes, a imagem externa do serviço, etc.	<input type="checkbox"/>

**II Parte*****Expectativas, Resultados e Diferença entre Expectativas e Resultados***

Na II parte, vamos pedir-lhe que pense nas tarefas ou funções que você desempenha actualmente no seu local de trabalho. Pense naquilo que espera do seu desempenho profissional, nos seus *investimentos* e nos seus *ganhos* pessoais, ou seja, naquilo que recebe em *troca*.

Responda agora a cada um dos 47 itens da escala a seguir apresentada (*Quadro II*). Em relação a cada um desses itens, vamos pedir-lhe que responda sistematicamente a duas questões (**A** e **B**):

<b>A</b>	Até que ponto <b>deveria existir</b> ?
<b>B</b>	Até que ponto <b>existe</b> ?

A resposta a cada uma das questões (**A** e **B**) é feita através de uma escala de intervalos que tem a seguinte configuração:

(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

Ponha um círculo no número da escala que melhor traduza a sua percepção. Por favor, siga a ordem que é indicada (itens de 1 a 47) e não omita nenhuma das duas escalas (A e B), sob pena de ficar inutilizada, no todo ou em parte, a resposta ao seu questionário. No caso de achar que um ou mais itens não são de todo aplicáveis ao seu caso (devido a alguma situação muito específica), ponha um traço por cima.

**Quadro II – Escala de satisfação profissional** (© Graça, 1999)

Questões (A e B)			
Itens (de 1 a 10)		A	Até que ponto <b>deveria existir</b> ?
		B	Até que ponto <b>existe</b> ?
<b>1</b>	A convicção íntima de que <i>vale realmente a pena</i> uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste local de trabalho	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
<b>2</b>	A <i>independência</i> e a <i>autonomia</i> indispensáveis ao exercício das minhas funções	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)



3	O sentimento de <i>segurança no emprego</i> devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
4	A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus <i>conhecimentos e competências</i> profissionais	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
5	O elevado <i>espírito de equipa</i> que une todas as pessoas que trabalham comigo neste local de trabalho, independentemente da sua profissão ou carreira	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
6	O <i>prestígio</i> que gozo, entre as pessoas das minhas relações (amigos, familiares e outros), devido ao <i>estatuto da minha profissão ou carreira</i>	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
7	O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a <i>realização da missão e dos objectivos</i> atribuídos a este serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
8	A percepção de estar <i>relativamente bem pago</i> , tendo em conta o nível do meu <i>desempenho profissional</i> (por ex., quantidade e qualidade do meu trabalho)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
9	A oportunidade de ter, no meu local de trabalho, <i>verdadeiros amigos</i> e não apenas colegas ou simples conhecidos	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

10	A confiança que tenho na <i>capacidade de inovação e mudança</i> dos profissionais que trabalham comigo	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

Questões (A e B)  Itens (de 11 a 21)	A	Até que ponto <b>deveria existir</b> ?
	B	Até que ponto <b>existe</b> ?

11	O <i>conforto</i> e o <i>bem-estar</i> que me proporcionam as <i>condições de trabalho</i> neste serviço (por ex., equipamentos, gabinetes e demais instalações, parque de estacionamento)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

12	A disponibilidade de <i>recursos essenciais</i> , em especial <i>humanos e técnicos</i> , para poder desempenhar bem as minhas funções	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

13	A <i>elevada auto-estima</i> que sinto, devido aos cargos de coordenação ou chefia que tenho exercido (ou posso vir a exercer) neste serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

14	A margem de <i>liberdade</i> que eu tenho para <i>planear, organizar, executar e avaliar</i> o meu trabalho diário	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

15	A percepção de estar <i>relativamente bem pago</i> , por comparação com <i>outros funcionários públicos</i> com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

16	A <i>garantia de estabilidade</i> em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar na <i>zona geográfica</i> a que pertença	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

17	A <i>cooperação</i> e a <i>colaboração</i> com que posso contar por parte dos <i>meus colegas</i> de profissão ou carreira	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

18	A oportunidade de <i>formação contínua</i> e de <i>desenvolvimento pessoal</i> que aqui tenho, no âmbito da minha profissão ou carreira	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

19	O <i>respeito</i> , o <i>apreço</i> e a <i>confiança</i> que os utentes deste serviço me manifestam (ou, pelo menos, aqueles com quem lido)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

20	A percepção de que a <i>direcção</i> deste serviço dá o <i>exemplo</i> aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

21	A percepção de estar <i>relativamente bem pago</i> , tendo em conta o <i>regime de trabalho</i> por que optei	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

Questões (A e B)  Itens (de 22 a 32)	A	Até que ponto <b>deveria existir</b> ?
	B	Até que ponto <b>existe</b> ?

22	O <i>apoio</i> com que posso contar por parte do meu <i>director</i> (ou do meu <i>chefe</i> ), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
23	A garantia de que a minha entidade patronal tem uma política efectiva de <i>protecção da saúde e da segurança</i> dos profissionais que aqui trabalham	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
24	O devido <i>reconhecimento</i> do meu desempenho profissional, por parte da minha <i>chefia</i> hierárquica ou funcional	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
25	O <i>apoio</i> com que posso contar por parte dos <i>elementos da minha equipa</i> , sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
26	A possibilidade efectiva e concreta de <i>participar</i> na concepção, planeamento, implementação e avaliação dos <i>programas e actividades</i> do local de trabalho	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
27	A <i>cooperação e colaboração</i> com que posso contar por parte dos <i>colegas de outras profissões ou carreiras</i>	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
28	A adequada protecção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica, a que estou exposto no meu local de trabalho	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

29	A clara <i>definição de competências e responsabilidades</i> entre os diferentes serviços, unidades e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

30	A possibilidade de <i>participar na tomada de decisão</i> e <i>resolução de problemas</i> importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

31	A oportunidade de <i>conhecer e satisfazer</i> de maneira efectiva e concreta <i>as necessidades e as expectativas</i> (de Informação ou outras) dos utentes que me procuram	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

32	O <i>orgulho</i> que sinto por trabalhar num local de trabalho com uma <i>boa imagem</i> junto da comunidade em que está inserido	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

Questões (A e B)	A	Até que ponto <b>deveria existir</b> ?
	B	Até que ponto <b>existe</b> ?

33	A oportunidade de desenvolver aqui um <i>projecto profissional</i> mais estimulante, interessante e criativo	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

	do que noutros sítios que conheço	B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
--	-----------------------------------	---	------------------------------------

34	A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

35	A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos utentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

36	O sentimento de orgulho por integrar uma equipa tão competente e empenhada como a minha	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

37	A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stresse no trabalho (por ex., conflitos com os utentes e os colegas, sobrecarga de trabalho)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

38	A confiança que sinto em relação ao futuro da minha entidade patronal, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

39	A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

40	A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

41	A oportunidade efectiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros serviços <i>integrados, continuados e personalizados</i>	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
42	A <i>cooperação e a colaboração</i> com que posso contar, por parte de <i>outros profissionais</i> fora do serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
43	A <i>cooperação e a colaboração</i> com que posso contar, por parte dos <i>utentes</i> com quem lido	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

Questões (A e B)	A	Até que ponto <b>deveria existir</b> ?
	B	Até que ponto <b>existe</b> ?
Itens (de 44 a 47)		

44	A oportunidade de <i>participar</i> em programas e actividades, integrado em <i>equipas</i> pluridisciplinares e pluriprofissionais	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

45	A percepção de estar <i>relativamente bem pago</i> , tendo em conta a <i>minha opção</i> por trabalhar e viver no concelho	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
----	---	---	------------------------------------

(por ex., rural ou urbano) a que pertence o serviço	<b>B</b>	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
---	----------	------------------------------------

<b>46</b>	O <i>entusiasmo</i> com que tenho vivido as <i>mudanças</i> que foram, estão ou irão ser introduzidas na organização e funcionamento dos serviços	<b>A</b>	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		<b>B</b>	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

<b>47</b>	A <i>gestão adequada e flexível</i> do meu tempo de <i>trabalho</i> , tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex., telefone, reuniões, consultas)	<b>A</b>	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		<b>B</b>	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)



### 7.2.3. Questionário de Autoavaliação – Inventário da Ansiedade Estado-Traço (STAI Forma Y-1 e Forma Y-2)



Código



#### Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-1)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

#### Instruções

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor parece descrever os seus sentimentos neste momento.

1. Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro .....	1	2	3	4
3. Estou tenso.....	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.....	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
6. Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer.....	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito .....	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado.....	1	2	3	4
10. Estou descansado.....	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13. Estou inquieto .....	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.....	1	2	3	4
15. Estou descontrado.....	1	2	3	4
16. Sinto-me contente .....	1	2	3	4
17. Estou preocupado.....	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem .....	1	2	3	4

## Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-2)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

### Instruções

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto.....	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio.....	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.....	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado.....	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.....	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver.....	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....	1	2	3	4
30. Sou feliz.....	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.....	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim.....	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro .....	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade.....	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz.....	1	2	3	4
36. Estou contente.....	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.....	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento.....	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável.....	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.....	1	2	3	4

## 7.2.4. Questionário da Forma Corporal (QFC)



Código



### Questionário Forma Corporal

P. N. Vieira, A. L. Palmeira, C. Francisco, P. J. Teixeira (2004)

Estamos interessados em saber como se tem **sentido acerca da sua aparência** DURANTE AS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS. Por favor leia cada afirmação e assinale com um círculo o número mais adequado.

NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS...

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
1. Em alturas em que estava sem nada para fazer, deu por si a pensar na sua figura?	1	2	3	4	5	6
2. Sentiu-se tão preocupada(o) acerca da sua figura que achou que devia fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Pensou que as suas coxas, anca e nádegas são demasiado grandes para o resto do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Sentiu receio de ficar “gorda(o)” (ou mais “gorda(o)” do que é)?	1	2	3	4	5	6
5. Preocupou-se com a pouca firmeza do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
6. Sentiu-se cheia(o) (depois de uma grande refeição) o que a levou a achar-se “gorda(o)”?	1	2	3	4	5	6
7. Sentiu-se tão mal acerca da sua figura que chorou?	1	2	3	4	5	6
8. Evitou correr porque a sua pele e gordura poderiam abanar demasiado?	1	2	3	4	5	6
9. Esteve com mulheres magras/homens magros o que a(o) faz sentir alguma vergonha pela sua figura?	1	2	3	4	5	6
10. Preocupou-se acerca das suas coxas ocuparem muito espaço (“espalharem-se”) quando sentada (o)?	1	2	3	4	5	6
11. Sentiu-se “gorda(o)” depois de comer mesmo uma pequena porção de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Reparou na figura de outras mulheres/homens e sentiu que a sua figura era pior do que a delas/deles?	1	2	3	4	5	6
13. Notou que ao pensar na sua figura, isto interferiu com a sua capacidade de concentração (ao ver TV, ler ou ao conversar)?	1	2	3	4	5	6
14. Sentiu-se “gorda(a)” quando estava nua/nu, por exemplo, ao tomar banho?	1	2	3	4	5	6
15. Evitou vestir roupas que a (o) fazem especialmente consciente da figura do seu corpo?	1	2	3	4	5	6

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
16. Imaginou-se a cortar partes mais gordas (maiores) do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Sentiu-se “gorda(o)” após comer doces, bolos ou outras comidas com muitas calorias?	1	2	3	4	5	6
18. Deixou de ir a eventos sociais (ex. festas) porque se sentiu mal acerca da sua figura?	1	2	3	4	5	6
19. Sentiu-se excessivamente grande e roliça(o)/rechonchuda(o)?	1	2	3	4	5	6
20. Sentiu vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. Fez dieta (restringiu comida) pois estava preocupada(o) com a sua figura?	1	2	3	4	5	6
22. Sentiu-se mais feliz acerca da sua figura quando o seu estômago estava vazio?	1	2	3	4	5	6
23. Pensou que tem a figura que tem porque lhe falta capacidade de auto-controlo?	1	2	3	4	5	6
24. Preocupou-se em não deixar outras pessoas verem “pneus” na zona da sua barriga?	1	2	3	4	5	6
25. Sentiu que não é justo que outras mulheres/homens sejam mais magras(os) que você?	1	2	3	4	5	6
26. Vomitou de modo a ser ou sentir-se mais magra(o)?	1	2	3	4	5	6
27. Quando estava acompanhada(o) preocupou-se em ocupar demasiado espaço (ex.: num sofá ou lugar de autocarro)?	1	2	3	4	5	6
28. Preocupou-se com o facto da sua pele/gordura ser demasiado mole e abanar?	1	2	3	4	5	6
29. Sentiu-se mal acerca da sua figura ao ver a sua imagem reflectida (ex.: espelho ou vidro numa loja)?	1	2	3	4	5	6
30. Beliscou partes do seu corpo para ver quanta gordura lá tem?	1	2	3	4	5	6
31. Evitou situações onde as pessoas podem ver o seu corpo (balneários comuns ou piscinas públicas)?	1	2	3	4	5	6
32. Tomou laxativos (produtos para ir à WC mais vezes) para se sentir ou ser mais magra(o)?	1	2	3	4	5	6
33. Sentiu-se especialmente preocupada(o)/envergonhada(o) na sua figura na companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. Pensou que devia fazer exercício ao sentir-se preocupada(o) com a sua figura?	1	2	3	4	5	6

## 7.2.5. Questionário de Vulnerabilidade ao stress (23 QVS)

### 23 QVS

(© A. Vaz Serra, 2000)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ anos Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Habilitações: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_  
 Nota global \_\_\_\_\_ F1 \_\_\_\_\_ F2 \_\_\_\_\_ F3 \_\_\_\_\_ F4 \_\_\_\_\_ F5 \_\_\_\_\_ F6 \_\_\_\_\_ F7 \_\_\_\_\_

### INSTRUÇÕES

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo ☐ aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continua no verso ↵



	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
11. - Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. - Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. - As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. - Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. - Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. - Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. - Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. - Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. - Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. - Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. - O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. - Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■

Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!

### 7.3. Anexo III – Consentimento Informado



#### CONSENTIMENTO INFORMADO

O stresse é uma das problemáticas mais preocupantes da sociedade actual, dado ter implicações nas três variáveis que constituem a definição de Saúde (OMS, 1948): bem-estar físico, psíquico e social. Por outro lado, opções de estilo de vida saudável têm um impacto positivo na nossa capacidade para lidar com o stress e para gerir as actividades do quotidiano, nomeadamente no campo ocupacional.

Neste sentido, a Faculdade de Motricidade Humana, através do Programa Reges – Relaxação e Gestão do Stresse, em parceria com a Câmara Municipal de Sintra (CMS) está a realizar uma investigação científica e de apoio à comunidade. O estudo pretende efectuar uma caracterização do nível de satisfação profissional e de alguns aspectos ligados à condição de saúde e estilos de vida, relacionando estes com o nível de stresse e satisfação com a imagem corporal expressos pelos profissionais da CMS, procurando desta forma contribuir para a prevenção e gestão do stresse.

Por isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração, durante aproximadamente uma hora, através do preenchimento dos seguintes questionários: Questionário Geral sobre Condições de Saúde e Estilos de Vida; Escala de Satisfação Profissional; Inventário de Estados e Traços de Ansiedade, Questionário Forma Corporal e Questionário de Vulnerabilidade ao Stress.

Estes dados possibilitarão a produção válida do conhecimento científico no âmbito do stresse ocupacional e, por outro lado, permitirão à CMS identificar os factores contextuais e organizativos que possam ser geradores de situações de stresse e implementar medidas para reduzir a sua ocorrência e o seu impacto, melhorando a qualidade das condições de trabalho dos profissionais da CMS.

A sua participação é de extrema importância, mas gostaríamos de deixar claro que poderá desistir de responder às perguntas a qualquer momento, bastando informar o investigador, sem que isso lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Todas as informações pessoais obtidas durante o estudo serão estritamente confidenciais e o anonimato será assegurado através de um procedimento que envolve a atribuição de um código aos questionários de cada participante. Apenas o Investigador Responsável da

Faculdade de Motricidade Humana terá acesso aos dados de identidade pessoal. Os dados obtidos poderão ser publicados apenas com fins científicos, pelo responsável do projecto (Prof. Doutor Rui Martins) ou pessoas devidamente autorizadas por este.

A recolha de dados decorrerá durante os meses de Novembro e Março de 2016 e é solicitado a cada participante que devolva as escalas preenchidas no final da sessão.

***Eu, \_\_\_\_\_ aceito integrar o presente estudo e autorizo a recolha e utilização dos dados para serem objecto de tratamento relativamente aos objectivos deste estudo.***

***Assinatura:*** \_\_\_\_\_ ***Data:*** \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_

Agradecemos desde já a sua colaboração!



## 7.4. Anexo IV – Ficha de Registo da Expressão Verbal



### Ficha de Registo da Expressão Verbal

Local:	Responsável:	Observador:	Data:
Ambito da observação: Ao longo da sessão e momento de reflexão final aberta			

Tipo de Expressão	Nomes dos Participantes								
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Silêncio***									
Emoções*									
Sensações**									
Preocupação Valorativa sobre o desempenho na atividade***									
Palavra Final									
Aspetos Motores****									

\*Exemplos: triste, alegre, desanimado, zangado, ...

\*\*Exemplos: formigueiro, dor, desconforto, tensão, respiração, ...

\*\*\*Presença ou ausência do comportamento – Indicar com setas que o comportamento tende a diminuir ou a aumentar.

\*\*\*\*Apenas nos casos em que são notórias alterações motoras relativas à amplitude, tonicidade, intencionalidade dos movimentos executados.

Tipo de Expressão	Nomes dos Participantes									
	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
Silêncio***										
Emoções*										
Sensações**										
Preocupação Valorativa sobre o desempenho na atividade***										
Palavra Final										
Aspetos Motores****										

\*Exemplos: triste, alegre, desanimado, zangado, ...

\*\*Exemplos: formigueiro, dor, desconforto, tensão, respiração, ...

\*\*\*Presença ou ausência do comportamento – Indicar com setas que o comportamento tende a diminuir ou a aumentar.

\*\*\*\*Apenas nos casos em que são notórias alterações motoras relativas à amplitude, tonicidade, intencionalidade dos movimentos executados.

## 7.5. Anexo V – Organização das Sessões

Sessão	Organização	Objetivos
0	Medições Fisiológicas Localização de Tensões Atividade 1 – aproximar as pessoas e partilha entre todos Localização de tensões Medições Fisiológica Diálogo Final	- Criação de um ambiente agradável e acolhedor; - Fortalecimento dos laços entre as participantes; - Avaliar “stressores” pessoais e ocupacionais.
1	Medições fisiológicas Atividade 1 Medições Fisiológicas Diálogo Final	- Promover a alternância entre os estados ativos/passivos e a dissociação segmentar.
2	Medições Fisiológicas Atividade 1 Atividade 2 Medições Fisiológicas Diálogo Final	- Promover a diferenciação das características de estímulos externos, a sua interiorização e resposta adaptativa diferenciada; - Consciencializar o tónus residual e a possibilidade de acesso à passividade; - Promover um diálogo tónico-emocional recíproco.
3	Medições Fisiológicas Atividade 1 Atividade 2 Inventário do corpo Medições Fisiológicas Diálogo Final	- Promover a capacidade de diferenciar os diferentes impactos internos em função de diferentes tipos de ser agente; - Consciencializar o tónus residual e a possibilidade de acesso à passividade; - Promover um diálogo tónico-emocional recíproco. - Tomar consciência da alternância entre a passividade e a atividade no eixo axial; - Promover a auto-concentração e

---

a consciência somatognósia.

- |          |  |  |
|----------|--|--|
| <b>4</b> | Medições Fisiológicas<br>Atividade 1<br>Atividade 2<br>Inventário do corpo<br>Medições Fisiológicas<br>Diálogo Final | - Promover a diferenciação das características de estímulos externos, a sua interiorização e respostas adaptativa diferenciada;<br>-Consciencializar o tônus residual e a possibilidade de acesso à passividade;<br>- Promover um diálogo tónico-emocional recíproco;<br>-Promover a auto-concentração e a consciência somatognósica.  |
| <b>5</b> | Medições Fisiológicas<br>Atividade 1<br>Atividade 2<br>Inventário do corpo<br>Medições Fisiológicas<br>Diálogo Final | - Consciencializar o tônus residual e a possibilidade de acesso à passividade;<br>- Promover um diálogo tónico-emocional recíproco<br>-Promover a auto-concentração e a consciência somatognósica  |
| <b>6</b> | Medições Fisiológicas<br>Atividade 1<br>Atividade 2<br>Inventário do corpo<br>Medições Fisiológicas<br>Diálogo Final | - Promover a diferenciação das características de estímulos auditivos, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional<br>- Consciencializar o tônus residual e a possibilidade de acesso à passividade;<br>-Promover um diálogo tónico-emocional recíproco<br>-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;<br>- Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto.<br>-Promover a auto-concentração e a consciência somatognósica |

7	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Atividade 1</p> <p>Atividade 2</p> <p>Inventário do corpo</p> <p>Medições Fisiológicas</p> <p>Diálogo Final</p>	<p>- Promover a diferenciação das características de estímulos tácteis, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional;</p> <p>-Consciencializar o tónus residual e a possibilidade de acesso à passividade;</p> <p>-Promover um diálogo tónico-emocional recíproco</p> <p>-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;</p> <p>-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto.</p>
8	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Localização de tensões</p> <p>Atividade 1</p> <p>Atividade 2</p> <p>Inventário do corpo</p> <p>Localização das tensões</p> <p>Medições Fisiológicas</p> <p>Diálogo Final</p>	<p>- Promover a diferenciação das características de estímulos tácteis, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional;</p> <p>-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;</p> <p>-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto.</p>
9	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Atividade 1</p> <p>Atividade 2</p> <p>Inventário do corpo</p> <p>Medições Fisiológicas</p> <p>Diálogo Final</p>	<p>- Promover a diferenciação das características de estímulos visuais, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional.</p> <p>-Promover a diferenciação das características de estímulos externos, a sua interiorização e a consciencialização do impacto emocional</p> <p>-Promover a auto-concentração e a consciência somatognósica</p>
10	<p>Medições Fisiológicas</p> <p>Atividade 1</p>	<p>-Promover a tomada de consciência dos limites corporais;</p>

	Atividade 2	-Promover a capacidade de auto-concentração;
	Atividade 3	
	Inventário do corpo	-Promover a integração representativa da noção somatognósica;
	Medições Fisiológicas	
	Diálogo Final	-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade; -Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto; -Tomada de consciência das características funcionais da respiração espontânea
<b>11</b>	Medições Fisiológicas	-Promover a tomada de consciência dos limites corporais;
	Atividade 1	-Promover a capacidade de auto-concentração;
	Atividade 2	-Promover a integração representativa da noção somatognósica;
	Medições Fisiológicas	-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;
	Diálogo Final	-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto; -Tomada de consciência das características funcionais da respiração espontânea -Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional
<b>12</b>	Medições Fisiológicas	-Tomar consciência da somatognósia sequencial do corpo com base em referências tácteis e respectiva integração representativa;
	Atividade 1	
	Atividade 2	-Tomar consciência da alternância entre a passividade e a actividade;
	Medições Fisiológicas	-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto;
	Diálogo Final	

---

		-Regulação da respiração associada ao controlo tónico; -Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional
<b>13</b>	Medições Fisiológicas Atividade 1 Atividade 2 Atividade 3 Medições Fisiológicas Diálogo Final	-Promover a regulação tónica óptima para a realização do gesto; -Tomar consciência da somatognósia sequencial do corpo com base em referências tácteis e respectiva integração representativa; -Regulação da respiração associada ao controlo tónico; -Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional
<b>14</b>	Medições Fisiológicas Atividade 1 Atividade 2 Medições Fisiológicas Diálogo Final	-Tomar consciência da somatognósia sequencial do corpo com base em referências tácteis e respectiva integração representativa; -Regulação da respiração associada ao controlo tónico; -Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional
<b>15</b>	Medições Fisiológicas Localização de tensões Atividade 1 Localização de tensões Medições Fisiológicas Diálogo Final	-Regulação da respiração associada ao controlo tónico; -Promover a capacidade de gestão imagética associada à regulação tónico-emocional

---

## 7.6. Anexo VI – Ficha de Registo das Medições Fisiológicas

Local

\_\_\_\_\_

Código

Esfignomanómetro nº

### Registos de Medidas no âmbito Cardio-Respiratório

Dias		Frequência Respiratória	Tensão Arterial		Frequência Cardíaca
			Máxima	Mínima	
06/01/16	Inicial				
	Final				
20/01/16	Inicial				
	Final				
27/01/16	Inicial				
	Final				
03/02/16	Inicial				
	Final				
17/02/16	Inicial				
	Final				
24/02/16	Inicial				
	Final				
02/03/16	Inicial				
	Final				
09/03/16	Inicial				
	Final				
16/03/16	Inicial				



	<b>Final</b>				
<b>06/04/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>13/04/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>20/04/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>27/04/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>04/05/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>11/05/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>18/05/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>25/05/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>01/06/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>08/06/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>15/06/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>01/06/16</b>	<b>Inicial</b>				

	<b>Final</b>				
<b>08/06/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>15/06/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>22/06/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				
<b>29/06/16</b>	<b>Inicial</b>				
	<b>Final</b>				

## 7.7. Anexo VII – Localização de Tensões

Local	Código	Data
_____	<div style="border: 1px solid black; width: 70px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	___/___/___

### Localização de Tensões

Após uma escuta ativa em decúbito dorsal, assinalo no desenho, com diferentes cores, os locais do corpo onde identifico diferentes zonas de tensão.

- Verde: pouca ou nenhuma tensão
- Amarelo: tensão média
- Vermelho: tensão muito elevada
- Nas zonas onde não foi possível a auto-concentração não será colocada qualquer cor.

